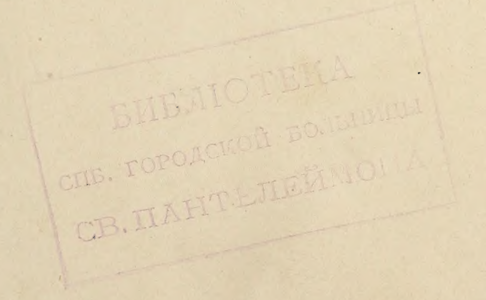
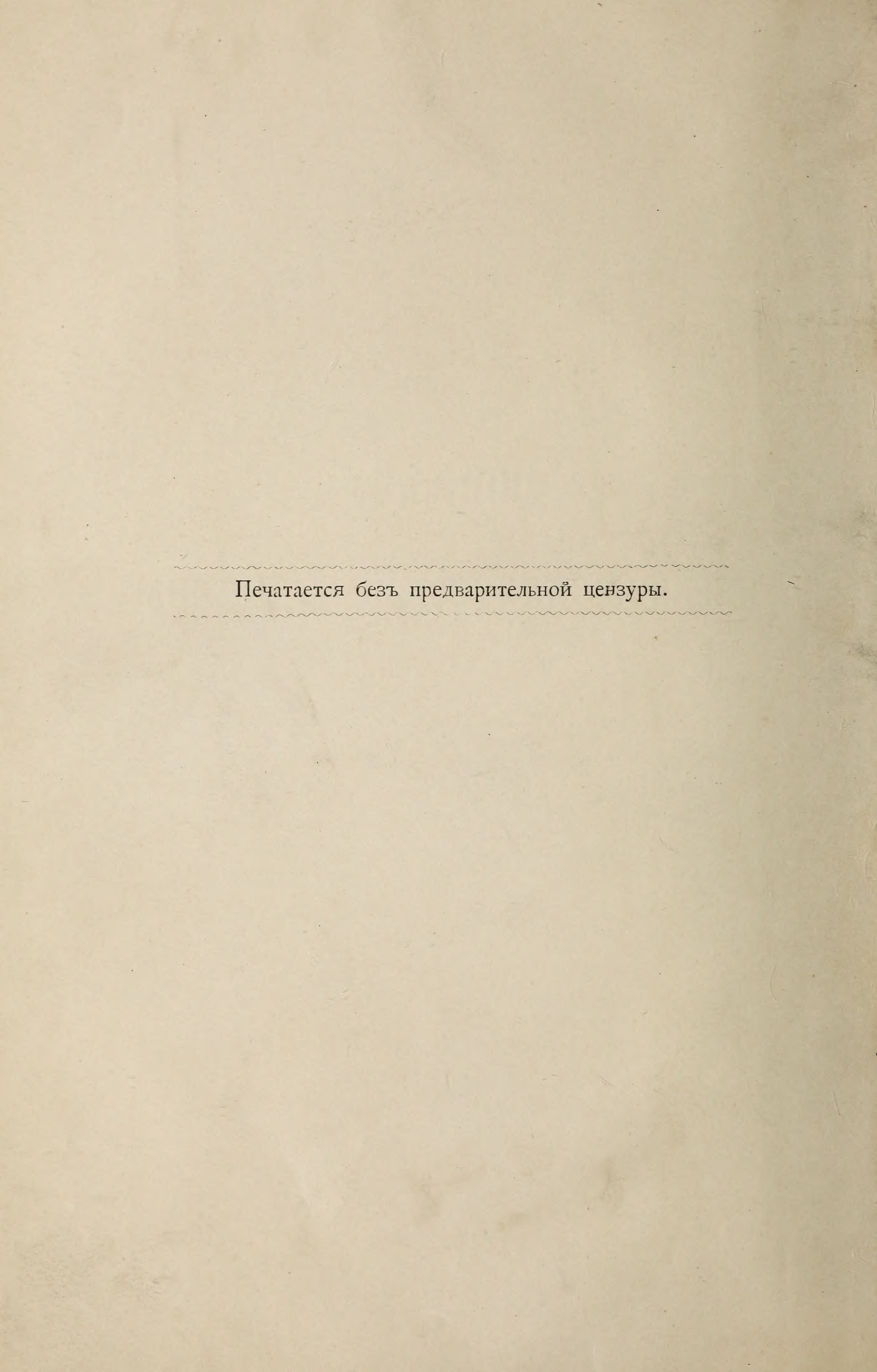


ВОПРОСЫ

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.





Печатается безъ предварительной цензуры.

ВОПРОСЫ

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

ЖУРНАЛЪ,

посвященный вопросамъ психіатріи, нервной патологіи, физіологической психологіи, нервно-психической гигіены и пр.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. Университета Св. Владиміра И. А. Сикорскаго.

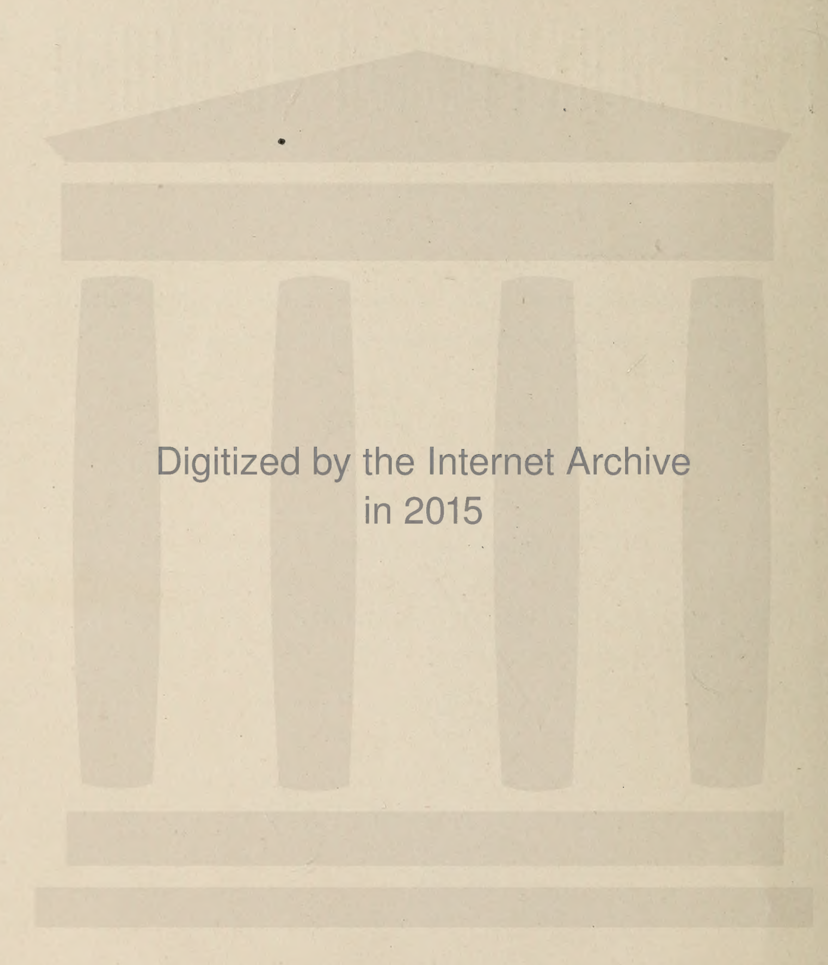
ГОДЪ ПЕРВЫЙ

1896.

КІЕВЪ.


Тип. С. В. Кульженко, Ново-Елисавет. ул., д. № 4.


1896.



ОТЪ РЕДАКЦІИ.

Широкое развитіе психіатріи и нервной патологіи придало этому крупному отдѣлу медицины то важное теоретическое и практическое значеніе, какое до недавняго времени принадлежало безраздѣльно клиникѣ внутреннихъ болѣзней. Ознакомленіе съ основами нервной патологіи и ея клиникъ стало необходимымъ для всякаго врача, какова-бы не была его спеціальность. Въ особенности важное врачебно-образовательное значеніе получила общая патологія нервной системы (съ физіологіей и психологіей) и терапія нервныхъ болѣзней (съ гигіеной и профилактикой). Практическое значеніе нервно-психической медицины возвышается еще и тѣмъ, что леченіе большей части болѣзней сводится къ воздѣйствію на организмъ *чрезъ посредство нервной системы,* которая, являясь средоточіемъ жизни въ здоровомъ состояніи, не утрачиваетъ этого значенія ни въ болѣзни, ни въ самомъ леченіи. Если къ этому прибавить, что наибольшая и главнѣйшая часть лѣкарствъ и динамическихъ средствъ (электричество, климатъ, вода) дѣйствуютъ главнымъ образомъ на нервную систему и черезъ ея посредство на другіе части и органы тѣла, то значеніе неврологіи въ системѣ врачебныхъ знаній еще болѣе увеличивается. Патологія нервной системы съ ея клиниками уже выступила изъ узкихъ рамокъ *простой спеціальности* и сдѣлалась существенной частью основныхъ свѣдѣній, необходимыхъ всякому врачу. Необходимость постояннаго пополненія и освѣженія этихъ основныхъ свѣденій ясно сознается въ настоящее время врачами. При такихъ условіяхъ появленіе печатнаго органа, который-бы имѣлъ задачей сгруппировать научныхъ работниковъ, сочувствующихъ этому новому направленію

въ медицинѣ, не требуетъ доказательствъ. Журналъ «Вопросы нервно-психической медицины», являясь сборникомъ спеціальныхъ научныхъ изслѣдованій по вопросамъ психіатріи и нервной патологіи, вмѣстѣ съ тѣмъ, какъ отчасти показыветъ и самое названіе его, имѣетъ цѣлью содѣйствовать примѣненію неврологическихъ знаній къ потребностямъ всей клинической медицины и въ частности къ задачамъ терапіи, гигіены и профилактики. Журналъ ставитъ одной изъ своихъ цѣлей—сближеніе различныхъ медицинскихъ спеціяльностей на почвѣ общихъ вопросовъ и научныхъ обобщеній, достигнутыхъ неврологіей. Дробленіе медицины на рѣзко обособленныя спеціяльности принесло несомнѣнную пользу ея научному развитію, но оно-же составляетъ и слабую сторону, лишая медицину, въ особенности терапію, ихъ важнаго преимущества—недѣлимости.

Объединеніе медицины на почвѣ неврологіи представляется желательнымъ и плодотворнымъ. Объединяющую силу содержатъ въ себѣ вопросы этіологіи и патологіи болѣзней; вопросамъ этимъ будетъ отведено надлежащее мѣсто. Вниманіе журнала будетъ посвящено также терапіи нервныхъ болѣзней и нервно-психической гигіэнѣ, такъ какъ та и другая содержатъ рядъ данныхъ, всего болѣе объединяющихъ медицину.

Въ недавнее время оказались признаки новыхъ и повидимому весьма важныхъ грядущихъ событій въ медицинѣ,—мы разумѣемъ сближеніе психологіи и нервной патологіи на почвѣ экспериментальнаго изслѣдованія вопросовъ, при помощи точныхъ приборовъ и пріемовъ. На широкомъ полѣ современной опытной психологіи дружно встрѣтились и стали рядомъ, для совмѣстной научной работы, представители совершенно различныхъ отраслей знанія. Плоды этого сближенія уже успѣли обнаружиться слѣдствіями—одинаково благотворными и для нервно-психической медицины и для наукъ гуманныхъ. Журналъ «Вопросы нервно-психической медицины», становясь въ ряды этого научнаго движенія, имѣетъ въ виду пользоваться клиническими наблюденіями, какъ матеріалломъ для

рѣшенія психологическихъ проблемъ и съ другой стороны— примѣнять богатыя данныя современной психологіи къ научному изслѣдованію и точнѣйшему описанію болѣзненныхъ явленій психической сферы.

Обращаясь къ практической сторонѣ дѣла къ разработкѣ спеціально психіатрическихъ и неврологическихъ задачъ—редакція считаетъ необходимымъ прежде всего отвѣтить на вопросъ: необходимъ-ли новый спеціальный органъ, при существованіи уже въ отечествѣ трехъ другихъ (четвертый органъ возникаетъ въ одно время съ «Вопросами нервно-психической медицины»). Въ приведенныхъ выше соображеніяхъ, оттѣняющихъ особенности программы нашего органа, уже содержится отвѣтъ на этотъ вопросъ; но нельзя не привести и рядъ другихъ, поясняющихъ дѣло, фактовъ. Во Франціи существуетъ 9 спеціальныхъ органовъ по психіатріи и неврологіи, въ Германіи (разумѣемъ нѣмецкій языкъ) — 12, на англійскомъ языкѣ 9. Кромѣ того, въ каждой изъ поименованныхъ странъ существуютъ правильно организованные ежегодные съѣзды психіатровъ и невропатологовъ, издающіе свои отчеты, которые являются съ правильностью періодическихъ изданій. Наконецъ въ этихъ странахъ существуютъ по нѣскольку спеціальныхъ изданій научнаго характера по *психологіи и физіологіи нервной системы*, въ которыхъ значительной долей участвуютъ невропатологи и психіатры своими трудами по неврологіи и психологіи. У насъ-же существуетъ единственный философскій журналъ, и ученые труды нашихъ ученыхъ психіатровъ печатаются въ заграничныхъ изданіяхъ, къ вящему удобству иностраннаго и къ ущербу русскаго читателя. Столь-же существенное участіе принимаютъ наши ученые въ иностранныхъ журналахъ, посвященныхъ собственно клинической психіатріи и нервной патологіи. Въ тоже время практическая дѣятельность русскихъ психіатровъ (выражающаяся только отчасти *въ отчетахъ*, завѣдываемыхъ ими учрежденій) достигла во многихъ отношеніяхъ блестящаго положенія и образцовой высоты. Ознакомленіе съ этой дѣя-

тельностью и ея результатами является дѣломъ желательнымъ и крайне необходимымъ, особенно при отсутствіи у насъ психіатрическихъ съѣздовъ. Труды перваго съѣзда отечественныхъ психіатровъ въ 1887 году дали рядъ докладовъ и обсужденій, представляющихъ высокую цѣнность даже при сравненіи ихъ съ трудами иностранныхъ съѣздовъ. Со времени перваго съѣзда дѣятельность русскихъ психіатровъ возрасла, и повременное ознакомленіе съ ея результатами имѣетъ безспорное значеніе. При такомъ положеніи дѣла, всякое содѣйствіе собранію, въ отечественныхъ изданіяхъ, трудовъ русскихъ ученыхъ, русскихъ психіатровъ и невропатологовъ является желательнымъ дѣломъ, особенно въ настоящее время, когда развитіе русской психіатріи и неврологіи приняло небывалые размѣры какъ по количеству ученыхъ работниковъ, такъ и по серьезности ихъ трудовъ.

Съ этимъ научнымъ подъемомъ совпадаетъ оживленная дѣятельность, съ которою правительство занято оздоровительными преобразованіями, а земство—вопросомъ объ улучшеніи призрѣнія душевно-больныхъ. Обстоятельства эти налагаютъ на людей науки и врачебнаго опыта преимущественный долгъ—содѣйствовать разрѣшенію практическихъ вопросовъ и подготовлять почву для дальнѣйшихъ улучшеній *путемъ точныхъ научныхъ справокъ* по вопросамъ, выдвигаемымъ жизнью. Но, быть можетъ, самую важную задачу отечественной неврологіи составляетъ вопросъ объ охраненіи нервно-психическаго здоровья населенія. Въ самомъ дѣлѣ, о Россіи съ полнымъ правомъ можно сказать, что ея главное богатство содержится не въ ея почвѣ и промышленности, не въ такъ называемыхъ естественныхъ богатствахъ страны, но *въ самомъ населеніи ея*. Численность этого населенія и его здоровье—вотъ истинное національное богатство Россіи! Разработка вопросовъ, касающихся охраненія этого богатства, составляетъ долгъ и задачу отечественной медицины и, какъ увидимъ впослѣдствіи, *настоятельную* задачу отечественной психіатріи!

Самоубійство среди русскихъ врачей.

Профессора И. А. Сикорскаго.

Если самоубійство вообще должно быть признано за одно изъ величайшихъ несчастій въ человѣческой жизни, то самоубійство врачей еще болѣе ужасно. Казалось-бы, что призванные охранять *всякую* человѣческую жизнь, они будутъ охранять и свою собственную, но объективныя и точныя данныя статистики говорятъ другое. Эти данныя указываютъ на высокую цыфру самоубійствъ врачей, заставляющую глубоко призадуматься надъ судьбой сословія, которое, спасая жизнь другихъ, само платитъ несоизмѣримую дань *вольной смерти*.

Количество самоубійствъ среди русскихъ врачей превосходитъ цыфру самоубійствъ всѣхъ другихъ сословій и профессій не только у насъ, но и заграницей. Обратимся къ цыфровымъ даннымъ.

Значеніе и судьба врачебной профессіи опредѣляется прежде всего тѣмъ фактомъ, что профессія эта является опасной для здоровья: изъ 1400 случаевъ смерти русскихъ врачей за шестилѣтній періодъ съ Іюля 1889 г. по Іюль 1895 г. приходится 457 случаевъ смерти отъ заразныхъ болѣзней. Принимая во вниманіе численный составъ врачей въ Россіи (15740), означенную цыфру заразныхъ болѣзней необходимо признать очень высокой. Смертность отъ заразныхъ болѣзней въ населеніи Россіи составляетъ приблизительно $^1/_{22}$ часть общей смертности [1]) (точно 4,63% общей смертности), между тѣмъ у врачей она почти ровна $^1/_3$ части (32,64% общей смертности). Такимъ образомъ, въ силу своей профессіи, вслѣдствіе постояннаго соприкосновенія съ больными, врачи въ большомъ количествѣ умираютъ отъ заразныхъ болѣзней. Но этимъ не исчерпывается все зло, такъ какъ заразныя болѣзни въ перспективѣ угрожаютъ послѣдовательными заболѣваньями и увеличенная, заболѣваемость инфекціонными болѣзнями неминуемо влечетъ за собою и увеличенное число послѣдовательныхъ заболѣваній у тѣхъ, кто пере-

---

[1]) См. Статистика Рос. Имперіи (Сборникъ свѣд. по Россіи. Изд. Центр.-Статистич. Комит. 1890. Спб.)

живаетъ болѣзнь. Въ точности не извѣстно количество инфекціонныхъ заболѣваній въ годъ у представителей врачебнаго сословія, но принимая во вниманіе, что въ населеніи Россіи отъ заразныхъ болѣзней умираетъ около 10,5% всѣхъ заболѣвшихъ можно предположить, что количество врачей ежедневно заболѣвающихъ заразными болѣзнями должно быть не менѣе 700—800 человѣкъ, т. е. въ 10 разъ больше вѣроятнаго числа заболѣвшихъ. Но какъ ни значительно число заразныхъ заболѣваній и смертей среди врачебнаго сословія, мы полагаемъ, что опасность и трудность врачебной профессіи точнѣе опредѣляется не числомъ инфекціонныхъ смертей, но цыфрой самоубійствъ. Въ самомъ дѣлѣ, если мы представимъ себѣ, что самоубійству въ большей части случаевъ предшествуетъ нравственная борьба и тяжелая драма, то цыфры самоубійствъ врачебнаго сословія сразу становятся на высоту вопіющихъ фактовъ.

По оффиціальнымъ даннымъ [1]) количество самоубійствъ у врачей выражается слѣдующей таблицей, во второмъ столбцѣ которой показано число самоубійствъ, а въ третьемъ—число естественныхъ смертей въ томъ же возрастѣ.

Возрастъ.	Число самоуб.	Число естествен. смер.
20—25	1	1
26—30	7	73
31—35	21	240
36—40	11	210
41—45	3	129
46—50	1	89
51—55	2	109
56—60	2	175
61—65	—	129
66—70	—	85
71—75	—	44
76—80	1	50
Свыше 80 л.	1	54
Неизвѣстно	—	9
Итого . . .	50	1400

Сравнивая оба послѣдніе столбца таблицы, мы видимъ, что въ самые молодые годы жизни, отъ 25—35 лѣтъ, самоубійства достигаютъ чрезвычайно высокой цыфры, составляя почти 10% обычной смертности, т. е. въ эти годы наиболѣе плодотворной дѣятельности изъ 10 умершихъ врачей одинъ погибаетъ отъ самоубійства; въ дальнѣйшемъ возрастѣ отношеніе становится нѣсколько болѣе благопріятнымъ, но и

[1]) Вѣстн. Общ. Гиг. и Суд. Мед. 1895, Сентябрь.

тогда оно не утрачиваетъ своего страшнаго значенія. Фактъ этотъ становится болѣе очевиденъ изъ сопостановленія общаго числа самоубійствъ въ Россіи съ общей смертностью. По вычисленіямъ академика Веселовскаго [1]) одно самоубійство въ Россіи приходится на 1200 смертей; между тѣмъ во врачебномъ сословіи одно самоубійство приходится на 28 смертей. Безъ сомнѣнія значеніе этой цифры смягчается нѣсколько тѣмъ обстоятельствомъ, что врачебное сословіе состоитъ большею частью изъ мужчинъ, между которыми самоубійство встрѣчается въ три или четыре раза чаще нежели между женщинами, кромѣ того въ составъ общаго населенія входитъ и дѣтское населеніе, въ которомъ смертность значительна, а самоубійства рѣдки. Но даже принявъ во вниманіе, и эти поправки, мы получаемъ все таки крайне высокую цыфру самоубійствъ русскихъ врачей, а именно во врачебномъ сословіи въ среднемъ выводѣ приходится 6,31 на 10,000 или 631 на 1 милліонъ между тѣмъ какъ въ остальномъ населеніи Россіи всего 30 самоубійствъ на 1 милліонъ.

Сопоставляя эти цыфры между собою, получаемъ выводъ, что самоубійство во врачебномъ сословіи встрѣчается въ 21 разъ чаще чѣмъ въ общемъ населеніи. Какъ извѣстно, наше отечество и славянская раса вообще даютъ самое малое число самоубійствъ въ сравненіи съ другими народами Европы: такъ, на 1 милліонъ населенія приходится самоубійствъ:

Въ Саксоніи	310
Во Франціи	250
Въ Пруссіи	133
Въ Австріи	130
Въ Баваріи	90
Въ Англіи	66
Въ Россіи	30

Благопріятное дѣйствіе расы почти не обнаруживается на русскихъ врачахъ, такъ сильно дѣйствіе другихъ причинъ! Перейдемъ къ разбору этихъ причинъ.

Изъ сравнительной статистики самоубійствъ въ различныхъ странахъ выяснилось значеніе профессіи какъ причины, предрасполагающей къ самоубійству. Сравненіе различныхъ профессій въ этомъ отношеніи показало весьма неодинаковое вліяніе ихъ на самоубійство. Слѣдующая таблица, выведенная по даннымъ Италіи, Швейцаріи, Вюртемберга и Франціи, показываетъ значеніе профессіи, какъ этіологическаго момента самоубійства.

---

[1]) Лихачевъ Самоубійство въ Запад. Евр. и Европейской Россіи, Спб., 1882. стр. 178.

НА 1 МИЛЛІОНЪ.	Среднія изъ данныхъ Италіи, Швейцаріи, Франціи и Вюртенб.	Россія.
I. Сельск. хозяйст.	128,5	—
II. Промышл.	172,5	—
III. Торговля	226,3	—
IV. Личныя услуги	321,9	—
V. Арміи и флот.	532,1	152
VI. Професіон. занят.	261,5	65
VII. Лица безъ опред. зан.	55,9	—

Изъ приведенной таблицы [1]) усматривается, что военная профессія (армія и флотъ) даютъ самую высокую цыфру самоубійствъ; второе мѣсто занимаютъ профессіональныя занятія, къ которымъ относится и врачебная профессія. Сравнивая данныя этой таблицы съ нѣкоторыми данными (какія имѣются) касательно Россіи, мы видимъ, что въ нашемъ отечествѣ военное сословіе представляетъ подобно заграничнымъ арміямъ значительный процентъ самоубійствъ. Данныя касательно самоубійствъ въ нашей арміи заимствованы изъ «Отчета о санитарн. сост. русской арміи (Изд. Гл. Воен. Мед. Упр.) за 1892 и 1893 годы». Сравненіе различныхъ европейскихъ армій между собою привело изслѣдователей къ убѣжденію, что высокая цыфра самоубійствъ въ нихъ зависитъ отъ трудностей военной службы и тягостей дисциплины; самоубійства рѣзко повышаются въ тѣхъ арміяхъ, гдѣ господствуетъ суровое, лишенное человѣколюбія, обращеніе съ людьми.

Сравнит. табл. самоуб. въ европ. арміяхъ на 1 милліонъ [2]).

Въ Австріи	1253
» Германіи	632
» Италіи	407
» Франціи	333
» Бельгіи	244
» Англіи	209
» Россіи	152

Суровое обращеніе увеличиваетъ количество самоубійствъ, особенно въ началѣ службы. Въ германской арміи цыфры самоубійствъ на первомъ году службы въ три раза болѣе, чѣмъ на третьемъ году. Въ прусской арміи съ 1880 года самоубійства постепенно умень-

[1]) Табл. заимств. изъ книги Лихачева. Самоубійств. стр. 206–207.

[2]) Die Selbstmord in der Freissischen Armee. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 51. S. 243—253.

шились съ 760 на 452 (на милліонъ) вслѣдствіе, главнымъ образомъ, двухъ причинъ — болѣе гуманнаго обращенія съ нижними чинами и ознакомленія военныхъ врачей съ психіатріей. Послѣднее обстоятельство подняло значеніе нервно-психической гигіены и въ то-же время дало возможность врачамъ аккуратнѣе браковать слабоумныхъ во время набора и своевременно увольнять въ отставку психически больныхъ или имѣющихъ предрасположеніе къ нервно-психическимъ заболѣваніямъ.

Въ ряду другихъ армій, русская армія занимаетъ *по числу самоубійствъ* послѣднее мѣсто. Самоубійствъ въ нашей арміи въ пять разъ больше чѣмъ въ населеніи, что, безъ сомнѣнія, не лишено значенія, если принять во вниманіе чрезвычайно малую наклонность русскихъ и славянъ къ самоубійству. Значительная цыфра самоубійствъ въ нашей арміи объясняется болѣе всего составомъ ея изъ людей сельскаго быта, земледѣльцевъ, привыкшихъ къ мирному труду, къ пребыванію у домашняго очага, къ семейной жизни. Самоубійства въ нашей арміи самымъ рѣшительнымъ образомъ указываютъ на преобладающее вліяніе *профессіи*, какъ этіологическаго момента. По нашимъ наблюденіямъ, военная дисциплина въ примѣненіи ея къ нижнимъ чинамъ замѣтнымъ образомъ поднимаетъ всѣ виды вниманія, въ особенности вниманіе зрительное, и слуховое. Соотвѣтственно этому, напряженность умственныхъ процессовъ повышается, и солдатъ становится умнѣе независимо отъ свѣдѣній, которыя онъ пріобрѣтаетъ на службѣ. Благодаря этому, обычная норма его психической работы становится выше, сравнительно съ первобытнымъ его состояніемъ до поступленія на службу. Для некультурнаго и мало привыкшаго къ умственному напряженію сельскаго жителя уже одинъ повышенный ходъ психической работы можетъ служить, и несомнѣнно служитъ, источникомъ умственнаго утомленія. Но гораздо больше значенія для нашего солдата имѣетъ затрудненіе въ нравственномъ оріентированіи, вслѣдствіе перехода отъ сельской жизни—къ городской, отъ семейной—къ казарменной; возникающія отсюда психическія усложненія играютъ существенную роль какъ одна изъ причинъ, предрасполагающая къ самоубійству.

Слѣдственные матеріалы, касающіеся самоубійствъ въ Прусской арміи, показали, что чувство чести служитъ источникомъ самоубійствъ у унтеръ-офицеровъ въ два раза чаще, чѣмъ у рядовыхъ. Съ другой стороны слабо одаренные молодые солдаты на первомъ году службы лишаютъ себя жизни подъ вліяніемъ тоски по родинѣ и психическаго утомленія. Военная служба, по справедливому замѣчанію одного новѣйшаго изслѣдователя, повышаетъ и укрѣпляетъ въ умственномъ отношеніи болѣе способныхъ солдатъ и приводитъ къ самоубійству менѣе одаренныхъ, слабовольныхъ и наслѣдственно—предрасположенныхъ.

Данныя, касающіяся вліянія другихъ профессій, показываютъ, что второе мѣсто послѣ военной профессіи занимаютъ такъ называемыя либеральныя профессіи (интеллектуальный трудъ), которыя требуютъ напряженной мозговой дѣятельности. Такъ, въ Италіи, по Morselli, [1]) найбольшая наклонность къ самоубійству оказалась среди людей науки и литературы. Затѣмъ слѣдуютъ другія профессіи въ слѣдующемъ отношеніи, какъ показываетъ таблица.

Наука и литература	618,3	на 1 милліонъ.
Чиновники	324,3	»
Юристы	217,8	»
Врачи	163,3	»
Артисты	94,0	»
Духовное званіе	45,3	»

Во Франціи либеральныя профессіи также даютъ высокую цыфру самоубійствъ, именно 510 на 1 милліонъ [2]).

Въ Россіи по даннымъ, собраннымъ Пономаревымъ, [3]) высокое число самоубійствъ даетъ учащаяся молодежь, именно въ С.-Петербургѣ 327 и въ Москвѣ 133 на 1 милліонъ. Подобную-же высокую цыфру даетъ учащаяся молодежь Вѣны. Врачебное сословіе въ Германіи (включая сюда весь медицинскій персоналъ) даетъ 310 самоубійствъ на 1 милліонъ [4]).

Возвращаясь къ вопросу о самоубійствѣ среди русскихъ врачей и сопоставляя всѣ изложенныя данныя, мы приходимъ къ заключенію, что самоубійство русскихъ врачей выражается цыфрами, превышающими числа, даваемыя всѣми другими профессіями въ Россіи и заграницей; оно также превышаетъ цифру самоубійствъ въ нашей и иностранныхъ арміяхъ, (кромѣ австрійской). Такимъ образомъ *русскіе врачи имѣютъ печальную привиллегію занимать первое мѣсто въ свѣтѣ по числу самоубійствъ.*

Способы самоубійства, употребленные русскими врачами, значительно отличаются отъ обычныхъ. Обыкновенно для прекращенія жизни самоубійцами избираются тѣ способы, которые по возможности кратковременны и менѣе причиняютъ боли. Слѣдующая таблица показываетъ способы самоубійства въ относительныхъ цыфрахъ на тысячу.

---

[1]) Morselli. Der Selbstmord. Leipzig, 1881. S. 228.

[2]) Morselli. loco cit. Seite 233.

[3]) Лихачевъ. l. c. стр 119.

[4]) D-r. Rehfisch. D. Selbstmord. Berlin, 1893. Seite 99.

Способы самоубійства (относит. цыфры на 1000).

Способы самоубійства.	С.-Петербургъ.	Москва.	Берлинъ.	Пруссія.	Вѣна.	Англія.
I. Повѣсились и удав.	372	599	625	608	308	474
II. Утопились	138	36	248	182	66	244
III. Застрѣлились	202	174	230	109	202	188
IV. Зарѣзались закололись . . .	101	88	40	54	70	—
V. Отравились	102	31	217	30	269	85
VI. Бросились съ высоты . . .	62	17	45	9	57	—
VII. Бросились подъ рельсы . .	18	49	51			
VIII. Задушились угаромъ . . .	1	—				
IX. Неизв.	[1]	10				

Изъ 50-ти самоубійствъ врачей въ шести случаяхъ орудіе и способъ самоубійства остались неизвѣстными, остальные 44 распредѣляются слѣд. обр.

Способы самоубійства.	Число.	%
Отравилось	20	45.5%
Застрѣлилось	19	43.2%
Повѣсилось	2	4.5
Бросилось подъ поѣздъ	1	2.3
Прокололь сердце троакаромъ	1	2.3
Разрѣзалъ животъ кинжаломъ	1	2.3

Самоубійство путемъ отравленія, вообще, не частое въ обыкновенномъ населеніи, у врачей занимаетъ первое мѣсто, въ силу конечно ознакомленія съ дѣйствіемъ ядовъ и легкой возможности для врача добыть ихъ. Повѣшеніе и удавленіе, составляющее главнѣйшій способъ самоубійства у всѣхъ народовъ, почти не употребляется врачами. По-

[1]) Лихачевъ. Самоуб. стр. 218.

разительнымъ является фактъ, что изъ 16-ти случаевъ отравленія, о которыхъ имѣются точныя свѣдѣнія, въ 7-ми случаяхъ (43%) примѣнены были такіе яды, которые вызываютъ, хотя быстро наступающую, но крайне мучительную смерть (стрихнинъ 1 разъ) и наконецъ такіе, которые вызываютъ тяжелую и мучительную болѣзнь, приводящую къ смерти (карболовая кислота—4 случая, сѣрная кислота 2 случая). Относительно этихъ случаевъ можно-бы сдѣлать предположеніе, что они произведены въ состояніи душевной болѣзни. Но такъ какъ опытъ показываетъ, что смерть врачей почти во всѣхъ случаяхъ наблюдается и точно опредѣляется товарищами, то мы склонны предположить, что въ этихъ случаяхъ не было душевныхъ болѣзней; но существовала тяжкая форма психическаго утомленія, и значительное подавленіе инстинкта самосохраненія, которое *дѣлало для несчастныхъ товарищей безразличнымъ всякій способъ прекращенія жизни*, лишь-бы только достигалась цѣль. Такое предложеніе еще болѣе подтверждается и случаемъ мучительнѣйшей смерти посредствомъ прокола сердца троакаромъ. Профессія врача, какъ мы увидимъ ниже, принадлежитъ къ числу наиболѣе утомительныхъ и дѣлаетъ вѣроятнымъ предположеніе о возможности крайняго утомленія.

Переходя къ обсужденію причинъ самоубійства у врачей, мы остановимся на нѣкоторыхъ фактахъ, свидѣтельствующихъ объ утомительности и трудности врачебной профессіи, которыя и составляютъ вѣроятную причину необыкновеннаго числа самоубійствъ среди русскихъ врачей, (а также быть можетъ и среди иностранныхъ—о чемъ однако точныхъ свѣденій неимѣется). Съ психологической точки зрѣнія врачебная профессія неминуемо сопряжена съ утомительной дѣятельностью, переносимой безъ вреда только болѣе здоровыми людьми.

Каждому врачу, по тонкому замѣчанію покойнаго профессора Шарко, приходится работать весь день въ утомительной нравственной атмосферѣ, наполненной концентрированными человѣческими страданіями. Въ этомъ отношеніи положеніе врача, во всякую минуту, во многомъ напоминаетъ положеніе солдата во время войны – сравненіе, которое небезосновательно издавна дѣлали. Теченіе болѣзней, которое врачъ долженъ наблюдать и направлять, содержитъ въ себѣ, какъ и война, много неожиданнаго и коварнаго; врачу часто приходится имѣть дѣло съ врагомъ скрытымъ, и занятія врача, хотя и представляютъ мирную профессію, на самомъ дѣлѣ болѣе похожи на утомительную борьбу съ опасностями и препятствіями, которыя болѣзнь ставитъ теченію человѣческой жизни. За немногими исключеніями, профессія врача сопровождается тревогами или по крайней мѣрѣ озабоченностью или ожиданіемъ, т. е. такими психическими актами, которые гораздо болѣе утомительны, чѣмъ любая чисто умственная работа. Подъ столь обычнымъ добродушіемъ и спокойствіемъ врача

часто таятся опасенія и заботы, но эти чувства должны быть профессіонально скрыты, ибо упадокъ духа врача также преступенъ, какъ малодушіе офицера на войнѣ. Тотъ, кто думаетъ, что врачи—веселые и беззаботные люди, упускаетъ изъ виду самое главное—нравственную отвѣтственность, которую врачъ постоянно носитъ въ своей душѣ и которая не слабѣетъ отъ времени, а наоборотъ крѣпнетъ отъ навыка. Эта отвѣтственность поддерживаетъ во врачѣ постоянное напряженіе, нерѣдко являющееся крайне утомительнымъ, въ особенности въ молодые годы, когда врачъ еще не умѣетъ провести границы между своей личной отвѣтственностью и отвѣтственностью врачебной науки, которая въ нѣкоторыхъ вопросахъ можетъ быть также безсильна, какъ и отдѣльные представители ея. Утомленіе, естественно вытекающее изъ этого напряженія, составляетъ одну изъ самыхъ обычныхъ причинъ упадка духа и пессимизма, приводящаго къ самоубійству.

Независимо отъ этихъ психическихъ причинъ утомленія, врачебная профессія неразлучна съ многими другими условіями, утомительными для человѣка. Сюда относится безвременность врачебнаго труда, трудно укладываемаго въ какія либо обычныя рамки распредѣленія времени, какъ въ другихъ профессіяхъ; частые и неожиданные періоды накопленія труда, внезапное возникновеніе усложненій и затрудненій дѣятельности и т. под. Всѣ эти условія, по временамъ, вызываютъ острое состояніе утомленія, при которомъ и самый *инстинктъ самосохраненія можетъ оказаться утомленнымъ.* Что подобное состояніе случается на самомъ дѣлѣ это доказывается фактомъ частаго примѣненія врачами крайне мучительныхъ способовъ самоубійства.

Вторую причину самоубійства среди врачей составляетъ матеріальная необезпеченность и нерѣдко бѣдность. Изъ свѣдѣній, которыя по этому вопросу мы собрали сами у значительнаго числа (около 50) молодыхъ товарищей, выяснилось, что годовой заработокъ вольнопрактикующаго провинціальнаго врача въ двѣ тысячи рублей является рѣдкостью. Обычный-же заработокъ врача колеблется между 600—1200 рублей въ годъ, при условіи непрерывнаго труда отъ 8 или 9 часовъ утра до 10—11 вечера и при другомъ, еще болѣе тяжеломъ, условіи посѣщенія больныхъ въ ночное время. Такая дѣятельность утомляетъ даже молодыхъ врачей. Она была-бы неминуемо гибельной для здоровья большей части врачей, если-бы вредныя воздѣйствія ея не отстранялись правильнымъ образомъ жизни и воздержностью, составляющей профессіональную особенность врачей.

Изъ извѣстныхъ намъ лично шести случаевъ самоубійствъ причиной роковаго событія послужило—въ двухъ случаяхъ—душевная болѣзнь, въ остальныхъ четырехъ—*профессіональное утомленіе* въ соединеніи *съ бѣдностью.* Приведенныя выше данныя, касательно обезпеченности

993.

врачей, полученныя нами частнымъ образомъ въ товарищеской бесѣдѣ, можно признать точными. Они согласны и съ тѣми данными, которыя собраны полуоффиціальнымъ путемъ и опубликованы докторомъ Гребенщиковымъ. (Справочн. книга для врачей т. 1 Спб. 1890). Какъ извѣстно, врачамъ предложены были вопросные пункты касательно ихъ возраста, обществ. положенія и пр., и между прочимъ и касательно размѣровъ ихъ годового заработка отъ врачебной практики. Изъ общаго числа врачей въ Россіи, свѣденія о своихъ доходахъ отъ практики доставили 6106 врачей. Общій заработокъ ихъ выражается суммою 6,075,100 руб., т. е. въ среднемъ выводѣ—менѣе одной тысячи рублей въ годъ на каждаго. Выше мы видѣли, какимъ тяжелымъ почти суточнымъ трудомъ врачъ долженъ добыть эту насущную сумму. Наконецъ тотъ же характеръ имѣютъ столь частыя свѣдѣнія, публикуемыя въ газетѣ «Врачъ» въ некрологахъ врачей. По этимъ свѣденіямъ оказалось, что большая часть семействъ врачей, со смертью своего кормильца, сразу попадаютъ въ состояніе не только бѣдности, но и нищеты—такъ ничтожны заработки врачей. Умершій врачъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, не оставляетъ своей семьѣ ничего кромѣ добраго имени!

При столь неблагопріятныхъ условіяхъ своей жизни, врачи посвящаютъ значительное количество труда, времени и матеріальныхъ средствъ на постоянное обновленіе и расширеніе своихъ профессіональныхъ знаній путемъ литературной работы чтенія и безвозмездной врачебной практики въ больницахъ, клиникахъ и амбулаторіяхъ, гдѣ сверхштатные, безплатные работники зачастую превышаютъ число штатныхъ. Количество спеціальныхъ врачебныхъ журналовъ нельзя не признать значительнымъ (около 50-ти въ Россіи), даже принимая во вниманіе относительное число врачей. Еще болѣе значительно число медицинскихъ книгъ. Эти факты свидѣтельствуетъ о серьезномъ пониманіи врачами своего профессіональнаго долга. Еще болѣе о томъ-же свидѣтельствуютъ широко развивающаяся повсюду врачебная благотворительность въ формѣ безплатнаго амбулаторнаго леченія. Главнѣйшее пожертвованіе, требуемое этой благотворительностью, именно весь личный трудъ въ ней, принадлежитъ врачамъ, которые великодушно взяли на себя эту крупную *натуральную повинность*. Мы употребляемъ слово *великодушно,* потому что исполненіе врачебныхъ обязанностей связано съ значительнымъ рискомъ заболѣванія заразными болѣзнями отъ общенія съ больными и внесенія заразы въ свое семейство. Послѣднее обстоятельство составляетъ одну изъ самыхъ тяжелыхъ сторонъ врачебной профессіи. Знакомясь съ отчетами лечебницъ и амбулаторныхъ пунктовъ для больныхъ, легко убѣдиться, какъ быстро и широко растутъ эти учрежденія и какъ велика предъ отечествомъ заслуга врачебнаго сословія, создающаго и поддерживающаго эту благотворительность. Въ нашу задачу не вхо-

дитъ подробное разсмотрѣніе этого вопроса, мы имѣемъ въ виду лишь указать на него и опредѣлить его внутреннее значеніе. Въ главнѣйшихъ амбулаторныхъ пунктахъ г. Кіева (Красный Крестъ, Игнатьевская лечебница, Покровская община, Помощь больнымъ дѣтямъ) было подано въ истекшемъ 1895 г, свыше 138,000 врачебныхъ совѣтовъ. Если оцѣнить подачу помощи одному больному всего лишь двадцатью копѣйками (въ благотворительныхъ амбулаторіяхъ въ Москвѣ и С.-Петербургѣ она таксирована въ 30—50 коп.,) то и при этой оцѣнкѣ окажется, что Кіевскіе врачи жертвуютъ около 27,000 руб. въ годъ въ видѣ *натуральной повинности*. Мы не говоримъ о второстепенныхъ амбулаторіяхъ. Но безъ сомнѣнія, дѣло не въ матеріальныхъ пожертвованіяхъ, но въ личномъ тяжеломъ, отвѣтственномъ трудѣ, который имѣетъ и частное и общественное значеніе—возвращаетъ утраченное здоровье и является однимъ изъ важнѣйшихъ средствъ распространенія въ народѣ гигіеническихъ понятій. Обращаясь къ внутренней, психилогической сторонѣ этого дѣла, которая насъ собственно интересуетъ, не можемъ не обратить вниманія, что этотъ трудъ свидѣтельствуетъ о развитомъ чувствѣ профессіональнаго и нравственнаго долга. Но переводя эти нравственныя достоинства на языкъ физіологическихъ фактовъ, мы должны сказать, что напряженная отвѣтственная служба врачей, ихъ отзывчивость и чуткость къ долгу и вызываемое этимъ постоянное нравственное напряженіе, требуетъ значительной затраты физическихъ силъ. Это и составляетъ одинъ изъ источниковъ *утомленія*, предрасполагающаго къ заболѣваніемъ и усиленной смертности.

Третьей вѣроятной причиной высокой цыфры самоубійствъ у врачей является не всегда справедливое отношеніе къ врачамъ со стороны прессы и отчасти со стороны публики, выражающееся въ преувеличенномъ, лишенномъ снисходительности, а иногда холодномъ и рѣзкомъ порицаніи поступковъ отдѣльныхъ врачей, съ обобщеніями, направленными по адресу всего сословія. Нападки эти въ послѣдніе годы стали чаще. Что подобные нападки несправедливы, мы позволимъ себѣ объяснить въ другое время, теперь-же лишь скажемъ, что, въ виду безспорныхъ и крупныхъ заслугъ всего сословія, представляется совершенно безполезнымъ и неправильнымъ, съ нравственной точки зрѣнія, порицаніе отдѣльныхъ лицъ. Кто хотя на минуту станетъ психологомъ—пойметъ, что кому ввѣрено охраненіе одной изъ величайшихъ цѣнностей—человѣческой жизни, тотъ слишкомъ чутокъ и къ неодобреніямъ и къ порицаніямъ. Нельзя дѣлать упрековъ ни человѣку, пока онъ несетъ тяжелую ношу, ни врачебному сословію, пока его трудъ въ обществѣ является однимъ изъ самыхъ тяжкихъ и утомительныхъ. Мы часто встрѣчаемъ въ печати порицанія, направленныя въ сторону врачей, но не встрѣчаемъ ни отвѣтовъ, ни оправданій. Отвѣтомъ служатъ тѣ

страшныя цифры самоубійствъ, которыя свидѣтельствуютъ о безпримѣрномъ психическомъ утомленіи, связанномъ съ профессіей врача. Эти цыфры свидѣтельствуютъ также и о чуткости врачебнаго сословія къ нравственному долгу: въ суровой реальности этихъ цифръ—скажемъ словами Морселли—отражаются факты человѣческой совѣсти.

Мы считаемъ себя вправѣ и признаемъ своимъ долгомъ, въ заключеніе нашего очерка, сказать, что врачи охраняютъ жизнь и здоровье общества, которому служатъ, но въ настоящее время и на обществѣ лежитъ долгъ, въ равной мѣрѣ, охранять жизнь врачей, не предъявляя имъ исключительныхъ требованій—матеріальныхъ или нравственныхъ—подъ бременемъ которыхъ изнемогаетъ значительная часть скромныхъ и благородныхъ тружениковъ.

Лѣченіе TABES DORSUALIS.

Влад. Вас. Селецкаго,

ординатора клиники нервн. и душевн. болѣзней унив. св. Влад.

Для лѣченія tabes dersualis употребляются слѣдующіе способы электризаціи: 1) гальванизація позвоночника восходящимъ токомъ съ цѣлью повысить возбудимость спинного мозга; 2) стабильная или лябильная гальванизація периферическихъ нервовъ съ цѣлью повысить возбудимость ихъ; 3) фарадизація щеточкой, гдѣ путемъ раздраженія нервныхъ окончаній въ кожѣ достигается возбужденіе рефлекторнаго аппарата, дѣйствуя на исходную точку рефлексовъ; 4) гальванизація n. sympathici—съ цѣлью подѣйствовать на кровообращеніе и питаніе спинного мозга. Обыкновенно соединяютъ вмѣстѣ нѣсколько пріемовъ, такъ Erb употребляетъ гальванизацію позвоночника вмѣстѣ съ шейнымъ сочувственнымъ нервомъ, куда присоединяетъ также периферическую гальванизацію нервовъ нижнихъ конечностей; результаты получались при этомъ довольно удовлетворительные. Мы употребляли обыкновенно гальванизацію позвоночника въ связи съ раздраженіемъ кожи нижнихъ конечностей фарадизаціонной щеточкой, и результаты получались болѣе или менѣе удовлетворительные. Но въ послѣднее время пріемы электризаціи были нами видоизмѣнены и въ такомъ видѣ примѣнены къ пользованію 7 больныхъ; результаты получились настолько удовлетворительные, что мы считаемъ необходимымъ сообщить о нихъ.

Пріемъ состоитъ въ слѣдующемъ: больной ставитъ ноги въ наполненный водою широкій сосудъ и туда опускается анодъ, катодъ ставится на 1—3 поясничные позвонка въ видѣ широкаго электрода: сила тока = 6—8 MA., время электризаціи = 3—5 мин., сеансы ежедневные. Основаніемъ для этого пріема послужили новѣйшія открытія въ вопросѣ о строеніи нервной системы—ученіе о невронахъ. Намъ казалось естественнымъ, примѣняя гальваническій токъ, руководиться не проблематическимъ подраздѣленіемъ нервной системы на периферическую и центральную, но доказаннымъ составомъ ея изъ отдѣльныхъ невроновъ. Съ этой цѣлью

электроды распологались такимъ образомъ, чтобы ввести въ цѣпь весь невронъ въ его цѣломъ составѣ, начиная отъ периферическихъ окончаній его въ мышцахъ или кожѣ и кончая нервной клѣточкой; тогда какъ при другихъ способахъ, употреблявшихся для гальванизаціи периферическихъ нервовъ, въ цѣпь обыкновенно входилъ не весь невронъ, но нѣкоторая часть его, большая или меньшая, въ зависимости отъ мѣста, которое занималъ подвижной электродъ. При этомъ роль одного изъ электродовъ у насъ играла поверхность воды въ сосудѣ (діаметръ котораго=24 сант.), а извѣстно, что чѣмъ больше электродъ, тѣмъ на большемъ пространствѣ густота тока остается одинаковой, а потому болѣе глубокія части достигаются легче. Такимъ образомъ, строго говоря, т. наз. центральная гальванизація нами примѣняема не была, не была такъ же примѣняема и гальванизація симпатическаго нерва. Результаты, полученные при нашемъ способѣ электризаціи, слѣдующіе.

1) Больной М... 40 л. поступилъ въ клинику 26 Ноября 73 г. съ жалобами на періодическія стрѣляющія боли въ ногахъ и правомъ боку, чувство ковра подъ ногами, затрудненіе походки, особенно въ темнотѣ, натуживаніе при мочеиспусканіи, двоеніе въ глазахъ, aspermatismus. Status praesens: высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, слабаго питанія; костная система развита правильно, цвѣтъ кожи ненормальностей не представляетъ, мускулатура развита слабо, тонусъ мышцъ вялъ; суставы свободны, сила мышцъ на ногахъ значительно понижена. Тактильная и болевая чувствительность постепенно понижается на ногахъ отъ паховъ книзу до полнаго исчезновенія на подошвахъ; тоже и температурная чувствительность. Мышечное чувство значительно разстроено въ ногахъ. Рефлексы подошвен. и cremaster'овъ отсутствуютъ, другіе кожные рефлексы выражены болѣе ясно. Ахилловые и пателлярные рефлексы отсутствуютъ, остальные сухожильные рефлексы слабо выражены. Зрачки умѣренно широки, равномѣрны, реакція на свѣтъ—отсутствуетъ. Натуживаніе при мочеиспусканіи, прохожденіе мочи не чувствуется. Стоитъ съ открытыми глазами, широко разставивъ ноги и пошатываясь; съ закрытыми глазами стоять не можетъ. Ходитъ съ палкой, глядя на ноги, сильно разбрасывая ногами, высоко подымаетъ ихъ, съ силой опуская на пятки и очень пошатываясь; съ закрытыми глазами совсѣмъ не ходитъ—валится. Зрѣніе безъ особаго измѣненія, поле зрѣнія не съужено, движенія глазъ во всѣ стороны содружественны. *1-я электризація* 27 Ноября 1895 г. Съ того времени по настоящее число (2 Марта 1896 г.) наступила слѣдующая перемѣна: мочится безъ натуги, во время мочеиспусканія чувствуетъ, прохожденіе мочи; чувство ковра подъ ногами почти исчезло; чувствительность въ ногахъ улучшилась; двоенія въ глазахъ нѣтъ; ходитъ слегка опираясь на палку, ногами не разбрасываетъ, не подымаетъ ихъ высоко и плавно

ставитъ на полъ; можетъ ходить не глядя на ноги; стоитъ со сдвинутыми ногами не пошатываясь, при закрыванiи глазъ легко падаетъ; умывается не опираясь ни обо что. Эрекцiи чаще, напряженiя члена—сильнѣе.

2) Больной М. К. 42 л. поступилъ съ клинику 21-го Сент. 95 г. съ жалобами на ощущенiе тянущихъ болей между лопатками, чувство пояса, стрѣляющiя боли въ ногахъ, чувство ползанiя мурашекъ въ ногахъ, лѣвымъ глазомъ не видитъ ничего, а правымъ очень плохо; въ темнотѣ ходитъ хуже. Status praesens: средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенiя и питанiя, цвѣтъ кожи отъ нормы не отступаетъ, костная система измѣненiй не представляетъ. На ногахъ всѣ виды чувствительности значительно понижены, особенно на подошвахъ. Мышечное чувство на ногахъ разстроено. Грубая сила мышцъ рѣзкихъ разстройствъ не представляетъ. Rectum, vesica въ порядкѣ, но позывы на мочу нѣсколько учащались. Сухожильные рефлексы на ногахъ—отсутствуютъ. Кожные рефлексы, кромѣ глоточнаго, который отсутствуетъ, хорошо выражены. Зрачки не съужены, равномѣрны неправильной формы; реакцiя зрачковъ на свѣтъ отсутствуетъ. Ходитъ глядя на ноги, широко ихъ разставивъ и высоко подымая; при закрытыхъ глазахъ ходитъ хуже, иногда падаетъ, при открытыхъ глазахъ можетъ стоять только широко разставивъ ноги, при сдвинутыхъ ступняхъ падаетъ. *25 Сент. 95 г. первая электризацiя.* 7-го Окт. можетъ сдѣлать нѣсколько шаговъ не глядя на свои ноги. 20-го Окт. ходитъ не глядя на свои ноги; во время ходьбы не подымаетъ высоко ногъ и не разставляетъ ихъ широко. 7-го Ноябр. при открытыхъ глазахъ ходитъ вполнѣ правильно, при закрытыхъ —иногда слегка пошатывается; пятку одной ноги кладетъ на колѣно другой безъ ошибки и безъ лишнихъ движенiй. 15-го Ноябр. можетъ стоять сдвинувъ ноги при открытыхъ глазахъ, при закрытыхъ слегка пошатывается. 25-го Ноябр. ходитъ при открытыхъ и закрытыхъ глазахъ одинаково правильно; сдвинувши ноги при закрытыхъ глазахъ стоитъ не пошатываясь. 28-го Ноябр. выписался. Чувствительность мало улучшилась, зрѣнiе ухудшилось, vesica безъ перемѣны.

3) Больной Д. Д. 41 г. поступилъ въ клинику 8-го Ноябр. съ жалобами на затрудненiе при мочеиспусканiи и дефекацiи, на ухудшенiе походки въ темнотѣ, боль въ поясницѣ, чувство ковра подъ подошвами, осаабленiе памяти, общее ослабленiе, въ послѣднее время сталъ очень раздражителенъ. Status praesens: высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенiя и питанiя, мышечная система развита слабо, костная—правильно; цвѣтъ кожи блѣдноватъ. Грубая сила мышцъ на ногахъ кромѣ разгибателей ослаблена. Осязательная и болевая чувствительность на ногахъ понижены, на голеняхъ и подошвахъ впечатлѣнiе; запаздываетъ температурное чувство безъ измѣненiй какъ на ногахъ, такъ и въ остальныхъ

частяхъ тѣла. Мышечное чувство на ногахъ значительно разстроено, а чувство мѣста слегка разстроено. Изъ кожныхъ рефлексовъ выражены только брюшные; изъ сухожильныхъ—колѣнный и стопный отсутствуютъ на обѣихъ ногахъ, на рукахъ сухожильные рефлексы слабо выражены. Съ закрытыми глазами можетъ стоять только нѣсколько секундъ и то широко разставивъ ноги; при походкѣ сильно разбрасываетъ ногами, со стукомъ опускаетъ ихъ на полъ, слегка пошатываясь и широко разставивъ ноги, при чемъ смотритъ на свои ноги, ходитъ съ палкой; при закрытыхъ глазахъ сильно разбрасываетъ ногами, сильно пошатывается и, пройдя нѣсколько шаговъ, падаетъ. Правый зрачекъ значительно шире лѣваго, лѣвый—умѣренно широкъ; реакція зрачковъ на свѣтъ отсутствуетъ; поле зрѣнія не съужено. *9-го Ноября 95 г. первая электризація.* Разстройство походки и мочеиспусканія постепенно улучшалось и 18-го Дек. больной выписался при слѣдующихъ данныхъ: никакого разстройства мышечнаго чувства; стоитъ сдвинувши ноги какъ при открытыхъ, такъ и при закрытыхъ глазахъ безъ всякаго пошатыванія, ходитъ при открытыхъ и закрытыхъ глазахъ одинаково хорошо—безъ разбрасыванія ногами, безъ пошатыванія и не гляда на свои ноги, при мочеиспусканіи почти не натуживается, кожная чувствительность мало улучшилась. Въ послѣдніе дни передъ выпиской могъ свободно танцовать мазурку.

4) Больной А. Л. 33 л. поступилъ вь клинику 18-го Дек. съ жалобой на невозможность ходить даже съ посторонней помощью; частыя позывы на мочу и невозможность задерживать мочу, натуживаніе при мочеиспусканіи и дефекаціи; не чувствуетъ прохожденія мочи и кала чувство резиновыхъ подушекъ подъ подошвами; временами легкія стрѣляющія боли въ ногахъ; въ послѣднее время незначительное ослабленіе potenïriiis. Status ptaesens: роста средняго, тѣлосложенія крѣпкаго, костная система развита правильно, мышечная система хорошо развита; цвѣтъ кожи свѣтлый, на подошвахъ кожица шелушится; на голеняхъ мышцы дряблы. Грубая сила разгибателей колѣннаго сустава довольно сильно выражена, въ остальныхъ мышцахъ ногъ—нѣсколько понижена. Чувствительность осязательная, температурная и болевая вообще на ногахъ понижена, хотя правильной послѣдовательности въ пониженіи отъ паховыхъ складокъ до подошвъ не наблюдается. Мышечное чувство значительно разстроено на ногахъ. Изъ кожныхъ рефлексовъ отсутствуютъ только cremaster'ы и щекотаніе стопъ. Изъ сухожильныхъ колѣнные и ахилловые отсутствуютъ, остальные выражены слабо. Правый зрачекъ уже лѣваго и неправильной формы; реакція зрачковъ на свѣтъ отсутствуетъ. Ходить не можетъ даже при поддержкѣ двухъ человѣкъ, такъ какъ ноги разбрасываются и заплетаются одна за другую. Въ послѣднее время ослабленіе potentiae

Эрекціи рѣже и не съ такимъ наполненіемъ какъ раньше. *20-го Декаб. 95 г.—первая электризація.* Больной находится въ клиникѣ и въ данное время, 2 Мар. 95 г. при чемъ можетъ ходить опираясь только на палку, смотритъ на свои ноги, поворачивается медленно и съ трудомъ, во время ходьбы ноги подымаетъ не особенно высоко и не разбрасываетъ ногами; можетъ стоять нѣсколько сек. широко разставивъ ноги. Мочится не часто, иногда мочится безъ всякой натуги, моча идетъ болѣе толстой струей. Эрекціи чаще и наполненіе penis болѣе совершенное. Чувство резиновыхъ подушекъ подъ подошвами исчезло и только иногда бываетъ намекъ на нихъ.

5) Больной В. К. 50 л. поступилъ въ клинику 21-го Дек. 95 г. съ жалобами на опущеніе и невозможность подымать правое вѣко, двоится въ глазахъ, правый глазъ отведенъ кнаружи, слабость въ ногахъ, шаткость походки и значительное ухудшеніе ея въ темнотѣ; частые позывы къ мочеиспусканію (до 20 разъ въ сутки), недержаніе мочи и натуживаніе при мочеиспусканіи; больной не можетъ обойтись безъ мочепріемника; сильныя стрѣляющія боли въ ногахъ и иногда въ туловищѣ; чувство подкладки подъ подошвами. Уже въ теченіе 8 мѣсяцевъ полное ослабленіе potentiae. Status praesens: выше средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, слабаго питанія, цвѣтъ кожи смуглый; суставы свободны; тонусъ мышцъ на голеняхъ вялъ (мышцы дряблы); грубая сила мышцъ на ногахъ нѣсколько понижена. Осязательная чувствительность понижена только на подошвахъ; болевая на ногахъ вообще понижена, болѣе же всего на голеняхъ; на стопахъ и нижней трети голеней ощущенія запаздываютъ: t^0 на ногахъ мало понижена, замѣтно понижена только на тыльной поверхности стопъ. Мышечное чувство въ правой ногѣ мало разстроено, въ лѣвой значительно разстроено. Изъ кожныхъ рефлексовъ не выражены только при щекотаніи стопъ; изъ сухожильныхъ—колѣнные и ахилловые отсутствуютъ, недержаніе мочи, мочиться можетъ только вмѣстѣ съ дефекаціей. На правомъ глазу ophtalmoplegia int. et ext.; реакція зрачковъ на свѣтъ отсутствуетъ. Стоитъ при открытыхъ глазахъ только широко разставивъ ноги, при закрытыхъ—пошатывается и валится. Вообще, ходитъ съ палкой, глядя на ноги, при чемъ немного разбрасываетъ ногами; съ закрытыми глазами ходить не можетъ. *22-го Дек.—первая электризація.* Больной и въ данное время находится въ клиникѣ; съ середины Ян. 1896 г. удерживаетъ мочу днемъ и ночью, мочится безъ натуги; въ послѣднее время сталъ мочиться болѣе толстой струей и независимо отъ дефекаціи. Около средины Янв. стали появляться эрекціи довольно часто и дней черезъ пять—полюціи. Ходитъ безъ палки, не смотритъ на свои ноги и не разбрасываетъ ногами; закрывши глаза, ходитъ широко разставивъ и только слегка покачиваясь. Стоитъ сдвинувши ноги какъ при открытыхъ, такъ и при закрытыхъ глазахъ, въ послѣднемъ

случаѣ иногда чуть-чуть покачивается. Остальныя явленія почти безъ измѣненій.

6) Больная З. Л. 39 л. поступила въ клинику 28-го Окт. 95 г. съ жалобами на стрѣлянія боли въ ногахъ; чувство стягиванія и ползанія мурашекъ въ ногахъ; слабость въ ногахъ и невозможность ходить безъ поддержки; недержаніе мочи и натуживаніе при мочеиспусканіи. Запоры. *Status praesens:* Роста средняго, тѣлосложенія и питанія слабаго, сколіозъ верхней грудной части позвоночника выпуклостью вправо, цвѣтъ кожныхъ покрововъ ничего ненормальнаго не представляетъ; суставы подвижны и безболѣзненны; грубая сила мышцъ нижнихъ конечностей ослаблена. Всѣ виды чувствительности на ногахъ понижены, особенно на голеняхъ и подошвахъ, ниже мыщелковъ—ощущеніе запаздываетъ. Мышечное чувство въ нижнихъ конечностяхъ значительно разстроено. Кожные рефлексы слабо выражены; колѣнные и ахилловые—отсутствуютъ. Недержаніе мочи, мочу при ея прохожденіи—чувствуетъ, зрачки не съужены, правый чуть шире лѣваго; реакція зрачковъ на свѣтъ—отсутствуетъ. Сама стоять не можетъ, ходитъ съ поддержкой и можетъ сдѣлать только нѣсколько шаговъ. *29-го Окт.—первая электризація.* Съ первыхъ чиселъ Дек. начала ходить опираясь на палку. Въ данное время 3 Мар. 96 г. можетъ пройти безъ палки, ногами не разбрасывая, не подымаетъ высоко и не смотритъ на ноги. Со сдвинутыми ногами стоитъ при открытыхъ глазахъ безъ пошатыванія, при закрытыхъ глазахъ нѣсколько сек. до 1 мин. стоитъ правильно, потомъ слегка пошатывается и иногда падаетъ. Vesica: мочу удерживаетъ и иногда мочится совершенно свободно; запоры значительно ослабѣли. Въ данное время больная еще находится въ клиникѣ.

7) Больная Д. П. 47 л. поступила въ клинику 21-го Дек. 95 г. съ жалобами на стрѣляющія боли въ ногахъ и поясницѣ; ощущеніе ковра подъ ногами; слабость въ ногахъ, безъ поддержки ходить не можетъ. *Status praesens:* средняго роста, тѣлосложенія умѣреннаго, питанія удовлетворительнаго. Цвѣтъ кожи покрововъ ничего ненормальнаго не представляетъ. Суставы свободны, безболѣзненны. Грубая сила мышцъ нижнихъ конечностей—удовлетворительна. Чувствительность болевая и тактильная на ногахъ понижены, стопы совершенно не чувствительны; температурная чувствительность тоже понижена, тепло и холодъ на лѣвой ногѣ вызываетъ болѣзненное ощущеніе. Кожные рефлексы отсутствуютъ, колѣнные и ахилловые—тоже. Зрачки равномѣрны, съ булавочную головку; реакція зрачковъ на свѣтъ отсутствуетъ. Съ открытыми глазами стоитъ нѣсколько сек., послѣ чего падаетъ; съ закрытыми стоять не можетъ; ходитъ только съ поддержкой и съ открытыми глазами. *1-я электризація* 22 Дек. 95 г. Къ концу Янв. 96 г. можетъ ходить безъ поддержки и безъ палки,—ходитъ мелкими шагами, смотритъ

на свои ноги, волочитъ ихъ по землѣ и пошатывается—въ общемъ производитъ впечатлѣніе человѣка, идущаго по канату. Сдвинувши ноги съ открытыми глазами стоитъ слегка пошатываясь, съ закрытыми стоитъ нѣсколько сек., а потомъ падаетъ. Въ данное время больная еще находится въ клиникѣ.

Больнымъ, помимо гальванизаціи ногъ, производили ежедневно или черезъ день раздраженіе кожи ногъ фарадизаціонной кисточкой. Кромѣ того, больные принимали Jk., желѣзо, стрихнинъ или argentum въ пилюляхъ, ванны 25—22° черезъ день и разъ въ недѣлю прижиганіе спины Пакеленомъ. Такимъ образомъ при вышеописанномъ способѣ электризаціи наступаетъ значительное улучшеніе со стороны vesicae, recti, potentiae, такъ же и со стороны походки и стоянія; разстройства чувствительной сферы тоже улучшаются, приступы стрѣляющихъ болей становятся слабѣе.

Физіогномика и психическое состояніе пьяницъ.

Профессора И. А. Сикорскаго.

У лицъ, предающихся постоянному или наумѣренному употребленію спиртныхъ напитковъ, развивается, по истеченіи нѣкотораго времени, измѣненіе характера и измѣненіе самой личности, идущее рука объ руку съ физіогномическими перемѣнами. Такъ какъ параллельность этихъ явленій и физіогномика вообще изслѣдованы еще весьма недостаточно, то мы, пользуясь матеріаломъ, собраннымъ въ два послѣдніе года, попытаемся восполнить существующій въ этомъ отношеніи пробѣлъ.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію нашей задачи по существу, мы считаемъ необходимымъ остановиться на одномъ изъ основныхъ вопросовъ—о дѣйствіи алкоголя на нервную систему.

Долго существовало общераспространенное мнѣніе, что спиртные напитки, употребляемые въ умѣренныхъ дозахъ или вообще въ началѣ своего дѣйствія, возбуждаютъ нервные и психическіе центры, и что въ этомъ отношеніи они сходны съ многими другими средствами, дѣйствующими подобнымъ-же образомъ. Но въ послѣдніе десять лѣтъ появились изслѣдованія высоко компетентныхъ спеціалистовъ, которые доказываютъ, что алкоголь есть *ядъ паралитическій* въ самомъ строгомъ смыслѣ этого слова и что онъ обнаруживаетъ угнетающее вліяніе на большую часть нервныхъ центровъ съ самаго начала своего дѣйствія. Такое мнѣніе впервые высказано проф. фармакологіи Страсбургскаго университета Шмидебергомъ и впослѣдствіи развито и дополнено проф. физіологической химіи Базельскаго университета Бунге. Въ своей брошюрѣ die Alcoholfrage (Leipzig 1887) Бунге слѣдующимъ образомъ высказываетъ свой взглядъ. Всѣ измѣненія въ нервной системѣ, говоритъ онъ, которыя обыкновенно признавались за явленія возбужденія, на самомъ дѣлѣ зависятъ отъ ослабленія и паралича нервныхъ аппаратовъ. Допускали, напримѣръ, что алкоголь возбуждаетъ дѣятельность кожи и разогрѣваетъ ее, но на самомъ дѣлѣ оказалось, что алкоголь парализуетъ дѣйствіе общаго сосудистаго центра, вызывая тѣмъ болѣе или менѣе сильное расширеніе кровяного русла, отчего кровь течетъ медленно

по всѣмъ сосудамъ тѣла, въ томъ числѣ и по сосудамъ кожи. Такимъ образомъ румянецъ щекъ отъ дѣйствія вина есть слѣдствіе разслабленія и паралича сосудовъ кожи, но вовсе не явленіе какого либо возбужденія. Тѣ лица, которыя употребляютъ напитки, но не знакомы съ физіологической сущностью происходящихъ при этомъ явленій, обыкновенно утверждаютъ, что алкоголь разогрѣваетъ *весь* организмъ въ холодную погоду, но это чувство *общей* теплоты есть сущій обманъ: нагрѣвается только кожа теплой кровью, и полученное тепло быстро отдаетъ наружу, температура-же тѣла и самой крови—какъ естественно было ждать—при этомъ понижается, какъ показали многочисленныя термометрическія измѣренія. Подобно сосудодвигательному центру парализуются и центры психическихъ отправленій, и прежде всего это сказывается на тѣхъ психическихъ дѣятельностяхъ, которыя мы называемъ сужденіемъ и критикой. Съ ослабленіемъ ихъ начинаютъ преобладать чувства, не умѣряемыя и не сдерживаемыя критикой. Человѣкъ становится откровеннымъ и черезчуръ сообщительнымъ, дѣлается веселымъ, легкомысленнымъ беззаботнымъ, лишается способности тонко оцѣнивать окружающее, перестаетъ замѣчать опасности. Ослабляющее дѣйствіе алкоголя обнаруживается также въ притупленіи чувства боли и усталости, а равно и въ притупленіи душевной боли, т. е. тоски и озабоченности. Отсюда происходитъ веселое расположеніе духа, которое въ обществѣ овладѣваетъ всей подвыпившей компаніей; но точное наблюденіе показываетъ, что выпившіе нисколько не становятся умнѣе, и если сами они думаютъ иначе, то это зависитъ отъ начавшагося ослабленія высшей дѣятельности ихъ мозга: по мѣрѣ того, какъ слабѣетъ критика, возрастаетъ самоувѣренность. Живыя тѣлодвиженія, жесты и безполезное хвастовство своей силой—также слѣдствіе начавшагося паралича сознанія и воли: сняты правильныя разумныя преграды, которыя удерживаютъ трезваго отъ безполезныхъ движеній и необдуманной, нелѣпой траты силъ. Съ усиленными тѣлодвиженіями совпадаетъ усиленная дѣятельность сердца и учащеніе пульса; явленія эти также обыкновенно приписываются *возбуждающему* дѣйствію алкоголя. Но въ сущности явленія эти зависятъ не отъ алкоголя, но отъ побочныхъ обстоятельствъ. Въ самомъ дѣлѣ, если выпившаго человѣка уложить въ постель, то можно убѣдиться, что дѣятельность сердца остается безъ измѣненія. Но въ обществѣ подвыпившихъ людей, когда критика слабѣетъ, человѣкъ неудержимо болтаетъ, безполезно жестикулируетъ, одушевляется, и это влечетъ за собою усиленную дѣятельность *сердца*.

Наконецъ и такъ называемое *подкрѣпленіе виномъ* въ состояніи усталости зависитъ отъ притупленія чувствительности и помраченія сознанія: подъ вліяніемъ вина человѣкъ только перестаетъ сознавать усталость, которая на самомъ дѣлѣ существуетъ.

Къ непріятнымъ чувствамъ, которыя исчезаютъ отъ алкоголя, относится скука. Скука, подобно чувству усталости, есть саморегулирующій механизмъ въ нашемъ тѣлѣ: скука побуждаетъ насъ къ труду, къ дѣятельности, подобно тому, какъ усталость заставляетъ искать отдыха. *Алкоголемъ парализуется и этотъ* тонкій и важный психическій *механизмъ*.

Таково мнѣніе Бунге касательно дѣйствія алкоголя. Шмидебергъ въ послѣднемъ изданіи своей фармакологіи (1895 г.) высказывается еще болѣе опредѣленно чѣмъ Бунге. Распространенно, говоритъ онъ, мнѣніе о *возбуждающемъ, подкрѣпляющемъ и оживляющемъ* дѣйствіи алкоголя; такое мнѣніе основано, собственно говоря, на томъ, что у пьяныхъ замѣчается громкая рѣчь, говорливость, жестикуляція, ускореніе пульса, румянецъ лица и чувство теплоты въ кожѣ. Но всѣ эти явленія при ближайшемъ разсмотрѣніи оказываются ни чѣмъ инымъ, какъ параличемъ извѣстныхъ частей мозга. Къ параличнымъ явленіямъ въ психической сферѣ относятся утрата тонкой внимательности, здраваго сужденія и размышленія.

Факты, объясненіе которыхъ содержится въ приведенномъ сейчасъ мнѣніи ученаго фармаколога, давно извѣстны и удостовѣрены не только врачами, но и другими учеными людьми и писателями, опытными въ наблюденіи психическикъ явленій. Высоко художественное описаніе дѣйствія вина находимъ у Ксенофонта въ его *Киропедіи* (кн. I). Вотъ это описаніе. Киръ испросилъ себѣ у Астіага позволеніе служить у него виночерпіемъ вмѣсто Сакаса. Онъ съ ловкостью беретъ бокалъ и подаетъ его царю.—Зачѣмъ, сынъ мой, сказалъ улыбаясь Астіагъ Киру, ты не пробуешь [1]) вина подобно Сакасу?—Потому что я въ самомъ дѣлѣ боюсь, чтобы въ винѣ не было яда; потому что въ день твоего рожденія во время пиршества я самъ видѣлъ, что Сакасъ всѣхъ васъ отравилъ.—Какъ-же ты это видѣлъ?—Я замѣтилъ большой безпорядокъ въ вашемъ умѣ и вашихъ дѣйствіяхъ; вы дѣлали то, чего не простили бы такому дитяти, какъ я: вы кричали всѣ разомъ, не слушали другъ друга, странно пѣли и, не слушая того, кто пѣлъ, клялись, что онъ пѣлъ чудесно. Каждый изъ васъ хвасталъ своею силой, однако, когда слѣдовало встать для танцевъ, вы не только не въ состояніи были танцовать въ тактъ, но даже не могли твердо держаться на ногахъ. Ты забылъ, что ты царь, а тѣ забыли, что они твои подданные. Я тогда въ первый разъ узналъ, что можно злоупотреблять свободою рѣчи, ибо вы не умолкали—Но, сынъ мой, неужели твой отецъ никогда не напивался?—Никогда.—Какъ же онъ поступаетъ?—Отвѣдавши, онъ не пьетъ больше; вотъ и все дѣйствіе, какое произвела на него проба».

---

[1]) Извѣстная проба вина виночерпіями въ предупрежденіе отравленія царей.

Измѣненія высшихъ психическихъ отправленій подъ вліяніемъ алкоголя были изслѣдованы нѣсколько лѣтъ тому назадъ Wintschgau и Dietel'емъ, а въ самое недавнее время проф. Крепелиномъ и его учениками, Dietz и Wintschgau [1]) показали, что такъ называемая простая реакція съ глаза на руку, т. е. время, протекающее между зрительнымъ впечатлѣніемъ и отвѣтнымъ движеніемъ на него, подъ дѣйствіемъ алкоголя, замедлялась съ 0,190 сек. до 0,297 сек., при этомъ обнаружился крайне любопытный фактъ, именно: субъекту, надъ которымъ производились опыты, казалось, будто онъ быстрѣе обыкновеннаго отвѣчалъ движеніемъ руки на условный сигналъ, на самомъ-же дѣлѣ, какъ показываютъ приведенныя цифры, быстрота реакціи замедлялась почти на одну треть времени. Средняя ошибка, которую дѣлало въ приведенныхъ опытахъ изслѣдуемое лицо, поднималось съ 0,0127 на 0,0294; вмѣстѣ съ тѣмъ отвѣтныя движенія были *сильнѣе* обыкновеннаго, и однакоже наблюдаемое лицо этого не сознавало. Уже въ этихъ опытахъ вполнѣ ясно обнаружились основныя черты дѣйствія алкоголя—*уменьшеніе вниманія и усиленіе движеній.*

Новѣйшія изслѣдованія Крепелина [2]) и его учениковъ представляютъ впервые всесторонній разборъ дѣйствія алкоголя, основанный на наблюденіяхъ, въ которыхъ какъ постановка задачъ, такъ равно точность и многочисленность опытовъ превосходятъ все, что по этому вопросу когда-либо было сдѣлано. Значеніе этихъ изслѣдованій увеличивается еще и тѣмъ, что они были произведены на образованныхъ людяхъ послѣ предварительнаго тщательнаго опредѣленія у нихъ психической работоспособности при обыкновенныхъ условіяхъ, а также послѣ психическаго *упражненія* и *утомленія*. Изслѣдованіемъ опредѣлялись: *вниманіе, воспріятіе впечатлѣній, ассоціаціи и двигательные акты.* Доза алкоголя больш. частью средняя отъ 30—45 граммовъ чистаго алкоголя (въ разведенномъ видѣ), что соотвѣтствуетъ одной или полуторымъ рюмкамъ хорошей водки. Лишь изрѣдка давались большія дозы, 60—80 граммовъ спирта.

Вниманіе опредѣлялось так. обр., что изслѣдуемое лицо заставляли въ продолженіе двухъ часовъ кряду читать, дѣлать сложеніе однозначныхъ цифръ, заучивать двѣнадцатизначные ряды цыфръ и т. п.). Среди подобной работы точный хронометръ, всякія пять минутъ, давалъ сигнальный звукъ. Изслѣдуемое лицо отмѣчало карандашемъ, на какомъ пунктѣ работы заставалъ его сигналъ. По истеченіи получаса работы изслѣдуемому лицу давали алкоголь, и опытъ продолжался дальше безъ малѣйшаго перерыва.

---

[1]) Hermann. Hndb. d. Physiologie II Bd. I Th. s. 270—271 Leipz. 1879.

[2]) E. Kraepelin. Uber die Beeinflüssung einfacher psychischer Vorgänge durch. einige Azneimittel. Iena. 1892.

Въ другихъ своихъ опытахъ Крепелинъ изслѣдовалъ способность ассоціацій. Для этого онъ пользовался втеченіи нѣсколькихъ дней кряду одними и тѣми-же словесными возбудителями и въ томъ-же порядкѣ. При этихъ опытахъ оказалось, что время, необходимое для того, чтобы одно представленіе успѣло вызвать въ мозгу другое т. е. время ассоціаціи становилось, въ силу упражненія, съ каждымъ днемъ все короче и короче вплоть до шестого дня, послѣ чего дальнѣйшаго усовершенствованія не происходило, такъ какъ достигался высшій физіологическій предѣлъ. Крепелинъ дѣлалъ наблюденія этого рода надъ самимъ собою въ продолженіе семнадцати дней, при чемъ то принималъ алкоголь, то не принималъ. Такимъ образомъ удалось опредѣлить вліяніе алкоголя на процессъ ассоціацій. Время реакціи во всѣхъ случаяхъ измѣрялось Гипповскимъ хроноскопомъ.

Сверхъ описаннаго, въ новомъ ряду опытовъ, Крепелинъ опредѣлилъ способность измѣрять время, т. е. оцѣнивать (воспроизводить) величину небольшихъ промежутковъ времени, только что протекшихъ.

Изъ опытовъ выяснилось, что во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія алкоголь дѣйствуетъ одинаково, именно: *замедляетъ* и *затрудняетъ умственные процессы*; *двигательные же акты,* на первое время ускоряетъ а потомъ *замедляетъ*.

Болѣе подробный анализъ выяснилъ, что, подъ вліяніемъ алкоголя, простѣйшія умственныя отправленія, т. е. *воспріятія*, нарушаются и замедляются не столь сильно, какъ болѣе сложныя, т. е. *ассоціаціи*. Эти послѣднія страдаютъ въ двоякомъ направленіи: *во первыхъ*—ихъ образованіе замедлено и ослаблено и *во вторыхъ*, существенно измѣняется самое качество ихъ въ томъ смыслѣ, что вмѣсто *внутреннихъ* ассоціацій, основанныхъ на сущности предмета, часто появляются ассоціаціи *внѣшнія*, нерѣдко стереотипныя, основанныя на созвучіи, на случайномъ внѣшнемъ сходствѣ предметовъ. [1]) Это измѣненіе идетъ такъ далеко, что нерѣдко внутреннія ассоціаціи противъ воли изслѣдуемаго лица превращаются во внѣшнія, когда по самому свойству вопроса или задачи надлежало-бы непремѣнно появиться ассоціаціямъ внутреннимъ. Въ то-же время оказалось, что самыя низшія формы ассоціацій, именно ассоціаціи двигательныя или механически заученныя легче всего возникаютъ въ умѣ; иногда подобныя ассоціаціи появляются безъ малѣйшаго отношенія къ дѣлу и, разъ появившись, упорно держатся въ умѣ, всплывая снова и снова, но совершенно некстати. Въ этомъ отношеніи такія упорныя ассоціаціи напоминаютъ собою явленія чисто патологическія, [2]) замѣчаемыя при неврастеніи и тяжелыхъ психозахъ. Изъ внѣшнихъ ассоціацій осо-

---

[1]) Kraepelin l. c. pag. 189.

[2]) Ibid. pag. 191.

бенно часто возникаютъ тѣ, которыя связаны съ двигательными представленіями, такъ что изъ двухъ представленій, одинако могущихъ возникнуть по законамъ ассоціаціи, скорѣе вызывается подъ дѣйствіемъ алкоголя то, которое связано съ движеніемъ. Все это указываетъ на глубокія измѣненія механизма мышленія, вызываемыя ядомъ.

Что касается двигательныхъ актовъ, то, какъ было указано выше, они въ началѣ дѣйствія алкоголя облегчаются и ускоряются, однако-же и здѣсь, какъ показываетъ подробный анализъ, ускоряющее дѣйствіе зависитъ только отъ *облегченнаго разрѣшенія двигательныхъ импульсовъ* или, другими словами, отъ облегченнаго перехода центральнаго акта въ центробѣжный, но другія составныя части всего двигательнаго акта, т. е. самое мышечное сокращеніе и процессъ выбора и сочетаніе мышцъ [1]) нисколько не облегчается и не ускоряется. Однакоже рядомъ съ ускореніемъ двигательныхъ актовъ въ нихъ замѣчается неточность работы, именно явленіе преждевременной реакціи. [2])

Таковы главнѣйшія выводы изъ обширной работы Крепелина. Эти выводы дополняются однимъ чрезвычайно важнымъ наблюденіемъ, сдѣланнымъ д-ромъ Смитомъ (Smith) въ лабораторіи Крепелина. Д-ръ Смитъ доказалъ, что при употребленіи такого количества алкоголя, которое, по общепринятому мнѣнію, считается умѣреннымъ, т. е. отъ 40—80 граммовъ въ день, притомъ въ очень разведенномъ состояніи и въ раздѣльныхъ пріемахъ, наблюдалось отчасти въ тотъ-же день или на слѣдующій значительное пониженіе самыхъ недавнихъ умственныхъ успѣховъ, достигнутыхъ въ послѣдніе дни упражненіемъ; но черезъ сутки, по прекращеніи пріема алкоголя способность упражненія возстанавливалась, и путемъ работы ее можно было подвигать дальше,—словомъ, возвращались всѣ нормальныя условія упражненія. Новое употребленіе алкоголя сразу уничтожало всѣ *достигнутые упражненіемъ успѣхи и парализовало и самую возможность дальнѣйшаго упражненія;* другими словами: изслѣдуемое лицо утрачивало способность умственнаго развитія въ теченіе 8-ми и болѣе дней, сохраняя лишь свою обычную рутинную работоспособность; дальнѣйшее употребленіе алкоголя начинало тогда понижать и эту рутинную норму. Такимъ образомъ изъ опытовъ выяснилось, что *алкоголь прежде всего уничтожаетъ самые свѣжіе плоды умственнаго развитія, достигнутаго упражненіемъ, а затѣмъ понижаетъ и обычную для человѣка умственную работоспособность.* Изъ опытовъ Смита выяснилось, что утрата способности умственнаго развитія длится иногда 8 дней и даже до 20-ти дней. Очевидно, что разъ произведенное надъ мозгомъ алкогольное насиліе оставляетъ слѣдъ, и когда

[1]) Ibid. pag. 184.
[2]) Ibid. pag. 182.

исчезли, по видимому, всѣ явленія остраго отравленія, и организмъ, казалось, уже совершенно свободенъ отъ яда,—въ нервной системѣ еще продолжаетъ оставаться, въ скрытомъ состояніи, одна важная перемѣна, именно *параличъ упражненія.* [1])

Описанными измѣненіями въ чувственныхъ, умственныхъ и двигательныхъ отправленіяхъ, вызываемыхъ дѣйствіемъ алкоголя, разъясняется обычная картина опьяненія: затрудненіемъ *воспріятій* объясняется неспособность опьяненнаго внимательно слѣдить за всѣмъ происходящимъ вокругъ; *замедленіемъ ассоціацій* объясняется упадокъ сужденія и критики и затрудненіе въ пониманіи сложныхъ вещей, особенно въ разговорѣ съ собесѣдникомъ; *измѣненіемъ качества ассоціацій* объясняется пошлость мыслей подвипившаго, склонность къ стереотипнымъ и тривіальнымъ выраженіямъ и къ пустой игрѣ словами; *облегченіемъ двигательныхъ актовъ* объясняются нелѣпыя, безцѣльныя, импульсивныя и часто насильственныя дѣйствія опьяненныхъ; этимъ-же объясняется склонность ко всякаго рода душевнымъ волненіямъ: слезамъ, радости, гнѣву и къ другимъ страстямъ, въ составѣ которыхъ двигательный элементъ занимаетъ существенное мѣсто.

Въ заключеніе своихъ изслѣдованій Крепелинъ представляетъ слѣдующую схему дѣйствія алкоголя. Между органами чувствъ съ одной стороны и мышцами съ другой лежитъ широкое поле нервныхъ центровъ; раздраженіе, упавшее на органы чувствъ, проходитъ болѣе или менѣе длинный путь по мозговой корѣ, задерживаясь здѣсь и преобразовываясь въ воспріятія и другіе умственные акты. Постоянно задерживаясь въ разныхъ центрахъ, возбужденіе можетъ совершенно не дойти до двигательныхъ аппаратовъ, но останется въ мозговой корѣ въ видѣ скрытаго процесса, могущаго впослѣдствіи перейти въ *самопроизвольное* движеніе. «Можно предположить себѣ, говоритъ Крепелинъ, что вызываемая алкоголемъ усиленная возбудимость двигательныхъ отправленій зависитъ отъ паралича тѣхъ задержекъ въ мозговой корѣ, которыя при обыкновенныхъ условіяхъ дѣятельны и своимъ дѣйствіемъ препятствуютъ быстрому переходу внѣшнихъ впечатлѣній въ движеніе». [2])

Схема, намѣченная Крепелиномъ, соотвѣтствуетъ общепринятому въ настоящее время воззрѣнію на механизмъ мозговыхъ отправленій; съ особенной подробностью и полнотой воззрѣніе это развито въ обширномъ трудѣ итальянскаго психолога Серджи [3]) (Sergi). Исходя изъ той точки зрѣнія, что въ состояніи аффектовъ рѣзко измѣнена

---

[1]) Smith. H. d. Beinflüssung einf. psych. Vorg. durch. chron. Alkoholvergiftung Mendel's Centralblatt. 1895 pag. 623.

[2]) Kraepelin Ibid, 202—203.

[3]) Sergi. Dolore e piacere: Storia naturale dei sentimenti. Milano 1894 (это сочиненіе реферировано въ Rovue philosoph. 1894 tom. XXXVIII.

дѣятельность дыханія, кровообращенія, а равно дѣятельность многихъ другихъ отправленій, (центры которыхъ заложены въ продолговатомъ мозгу), Сержи высказываетъ общую идею, что раздраженія, попадающія въ мозгъ извнѣ черезъ органы чувствъ, могутъ или направляться въ мозговую кору, гдѣ перерабатываются въ мысли, или же главнымъ образомъ направляются въ продолговатый мозгъ и возбуждаютъ тамъ разнообразные центры, вызывая нарушенія ихъ нормальной дѣятельности —это и будутъ душевныя волненія и аффекты.

Для разъясненія этого практически важнаго вопроса, объ отличіи мыслительныхъ отъ эмоціональныхъ процессовъ, мы приведемъ подробнѣе очень удачную схему Ганса Лера [1]) (Hans Laehr), которую онъ даетъ на частномъ примѣрѣ чувства страха. «Пусть, напр.—говоритъ онъ —болевое раздраженіе подѣйствуетъ на какую нибудь точку кожи; одна часть этого раздраженія направится къ сосудистому центру и вызоветъ возбужденіе его, другая пойдетъ въ мозговую кору. Чѣмъ больше эта послѣдняя часть, тѣмъ болѣе она способна вызвать представленій, отъ которыхъ уже будетъ зависѣть передать часть возбужденія на сосудистый центръ или задержать его у себя, или, наконецъ, направить на систему двигательныхъ органовъ. Но если-бы случилось (въ приводимомъ примѣрѣ), что путь къ мозговой корѣ затрудненъ, тогда возбужденіе отъ раздраженнаго мѣста кожи прямо пойдетъ къ продолговатому мозгу, который такимъ образомъ приметъ на себя весь зарядъ, и на этотъ разъ раздраженіе гораздо больше отразится на кровообращеніи и дыханіи, нежели въ томъ случаѣ, когда мозговая кора принимаетъ на себя часть раздраженія».

На основаніи изложенныхъ данныхъ можно начертать слѣдующій порядокъ дѣйствія алкоголя на нервную систему. Прежде всего утрачиваются самые позднѣйшіе, самые недавніе успѣхи и усовершенствованія, добытые умственнымъ упражненіемъ, и субъектъ возвращается къ своему прежнему умственному состоянію. Если алкогольныя отравленія происходятъ часто, то субъектъ остается неподвижнымъ въ умственномъ отношеніи, а мышленіе его остается рутиннымъ и шаблоннымъ, лишеннымъ плодовъ достигнутаго умственнаго развитія. За этимъ наступаетъ дальнѣйшее дѣйствіе алкоголя, состоящее въ ослабленіи прочныхъ, окрѣпшихъ ассоціацій, а также въ ослабленіи воспріятій; въ результатѣ получается уменьшенная переработка впечатлѣній, и умственные процессы съуживаются, лишаясь свѣжести и оригинальности. Наконецъ, вслѣдствіе замедленія умственныхъ и ускоренія двигательныхъ актовъ, является раздражительность характера и склонность къ душевнымъ волненіямъ.

---

[1]) Die Angst. Heft 58 der Berliner Klinik (Fischer's med. Buchhandlung).

Два первые ряда поименованныхъ измѣненій относятся къ умственной или познавательной области душевныхъ явленій и могли быть точно и глубоко изслѣдованы помощью общихъ психометрическихъ пріемовъ, которыми также пользовался и Крепелинъ. Что-же касается измѣненій характера, которыя выражаются раздражительностью, волненіями, аффектами или наоборотъ—равнодушіемъ, тупостью, нравственной безчувственностью, то, какъ справедливо замѣчаетъ Крепелинъ, до настоящаго времени еще не найдено способовъ изслѣдовать экспериментальнымъ путемъ качества и силу настроеній и аффектовъ [1]). «Рядъ опытовъ и наблюденій, произведенныхъ нами, говоритъ о своей работѣ Крепелинъ, не даетъ намъ возможности сказать что либо объ измѣненіяхъ чувства, составляющихъ можетъ быть самую важную сторону дѣйствія алкоголя на человѣка» [2])». Съ этимъ выводомъ нельзя не согласиться; въ самомъ дѣлѣ экспериментальные пріемы еще не придуманы для этого. Но, по нашему мнѣнію, есть способы разрѣшить и эту сторону задачи и тѣмъ восполнить существенный пробѣлъ въ ученіи о дѣйствіи алкоголя на психическую сферу человѣка. *Достигнуть этого можно физіогномическими наблюденіями.*

Физіогномика вообще и мимика въ частности открываютъ рядъ цѣнныхъ положительныхъ фактовъ касательно измѣненія *чувства* у алкоголиковъ, а равно и касательно состоянія *познавательныхъ* отправленій. Къ этой сторонѣ нашей задачи мы теперь переходимъ.

Къ самымъ замѣтнымъ и уже рано появляющимся признакамъ вреднаго дѣйствія алкоголя на организмъ принадлежитъ усиленіе дѣйствія *лобной мышцы* (m. frontalis) и ослабленіе верхней части *круговой мышцы вѣкъ* (musc. orbit. super.). *Лобная мышца*, какъ извѣстно [3]), при своемъ сокращеніи не только значительно поднимаетъ бровь, но кромѣ того придаетъ ей дугообразный видъ и покрываетъ кожу лба складками, идущими параллельно брови. Верхняя часть круговой мышцы глазъ, или орбитальная мышца понижаетъ бровь, дѣлаетъ ее прямолинейной и даетъ двѣ вертикальныя складки у корня носа; вмѣстѣ съ тѣмъ мышца эта, въ качествѣ антагониста лобной мышцы, расправляетъ и уничтожаетъ складки, произведенныя сокращеніемъ лобной мышцы [4]). Какъ извѣстно, изъ изслѣдованій Дюшена [4]) верхняя орбитальная мышца, смотря по силѣ своего сокращенія, придаетъ лицу выраженіе то размышленія, то напряженной мысли, то глубокой думы и служитъ вѣрнѣйшимъ показателемъ умственной работы. Наблюденіе надъ алкоголиками *указываетъ на раннее ослабленіе этой мышцы.* Появляясь въ болѣе силь-

[1]) l. cit. pag. 194.

[2]) Ibid.—194.

[3]) Duchenne. Mécanisme de la physionomie humaine. Paris. 1876 pag. 15.

[4]) ibid. pag. 21.

ной степени въ дни нетрезвые, ослабленіе это замѣчается еще и нѣсколько дней спустя; при постоянномъ употребленіи спиртныхъ напитковъ, оно становится окончательнымъ физіогномическимъ признакомъ. Сокращеніе этой мышцы выражено не одинаково у различныхъ людей въ зависимости отъ привычной для нихъ силы и степени умственнаго напряженія, однакоже является устойчивой, неизмѣнной чертой физіогноміи. Чтобы судить о томъ, сохраняетъ-ли эта мышца свою, обычную для даннаго субъекта, степень сокращенія или она ослабѣла, можно руководиться двумя пріемами: или сравненіемъ двухъ фотографій, снятыхъ въ разное время, или—что еще надежнѣе—слѣдами прежде бывшихъ и, впослѣдствіи, исчезнувшихъ (изгладившихся) складокъ кожи лица. Этотъ послѣдній процессъ можно наблюдать при развитіи слабоумія у человѣка, а также и при алкоголизмѣ. Если прежде бывшая складка изглаживается, то на мѣстѣ ея остается ясно замѣтная, бѣлесоватая полоска, состоящая изъ слегка атрофированной и лишенной пигмента кожи. Подобная полоска составляетъ вѣрный признакъ бывшаго на этомъ мѣстѣ изгиба кожи и углубленія. Признакъ этотъ ясно передается моментальной фотографіей. На фотографіи, см. Табл. I-й фиг. 1-й, принадлежащей интеллигентному человѣку, старику 53 лѣтъ, запившему послѣ смерти жены, сглаживаніе вертикальныхъ складокъ надпереносья ясно выражено и производитъ тѣмъ болѣе грустное впечатлѣніе, что, въ остальномъ физіономія сохранила всѣ черты душевныхъ силъ, еще не ослабленныхъ пагубнымъ порокомъ. Признакъ этотъ также ясно выраженъ на Табл. VII-й.

При болѣе значительномъ ослабленіи верхней орбитальной мышцы, замѣчается значительное и явно не нормальное сокращеніе лобной мышцы, дающее рядъ глубокихъ и рѣзкихъ складокъ лба. Явленіе это зависитъ главнымъ образомъ отъ антагонистическаго перевѣса лобной мышцы надъ ослабѣвшей орбитальной; но оно имѣетъ по всей вѣроятности и другую причину, какъ сейчасъ постараемся показать.

Перевѣсъ лобной мышцы надъ верхней орбитальной можно наблюдать съ особенной отчетливостью у молодыхъ субъектовъ, не имѣвшихъ дотолѣ складокъ на лбу. Если неумѣренная жизнь велась нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, то сокращеніе *лобной мышцы* а равно мышцы *сдвигающей брови* и *пирамидальной носа* выступаетъ такъ ясно и съ такой отчетливостью, что можно думать даже не объ одномъ антагонистическомъ перевѣсѣ лобной мышцы, а о самостоятельномъ возбужденіи кортикальныхъ центровъ этихъ мышцъ. Съ переходомъ субъекта къ трезвой жизни, признакъ этотъ мало-по-малу исчезаетъ, но на это требуется не менѣе нѣсколькихъ недѣль.

Ослабленіе верхней орбитальной мышцы и совпадающее съ нимъ ненормальное сокращеніе лобной мышцы указываетъ на ослабленіе умствен-

ныхъ процессовъ. Клиническая оцѣнка этого признака въ ежедневныхъ наблюденіяхъ показала намъ, что онъ является несомнѣннымъ, истиннымъ мѣриломъ умственнаго ослабленія у алкоголика: чѣмъ болѣе признакъ выраженъ, тѣмъ физіономія представляется болѣе глупой; это очевидно если сравнить четыре фигуры на Таблицѣ II-й съ фигурой 1-й Таб. I-й. На этой послѣдней фотографіи легкое ослабленіе верхней орбитальной мышцы въ соединеніи съ умѣреннымъ сокращеніемъ лобной мышцы даетъ лишь впечатлѣніе умственной усталости, тогда какъ физіогноміи на II-й табл., гдѣ этотъ контрастъ рѣзокъ, носятъ печать совершенной глупости. Считаемъ нужнымъ при этомъ замѣтить, что у лицъ, занимающихся умственнымъ трудомъ, верхняя орбитальная мышца, при прочихъ равныхъ условіяхъ, долѣе сопротивляется разслабляющему дѣйствію алкоголя, что вѣроятно объясняется лучшимъ развитіемъ и большей стойкостью нервныхъ аппаратовъ, закаленныхъ работой и не легко поддающихся дѣйствію яда.

Сокращеніе лобной мышцы, выступающее столь ясно у алкоголиковъ, почти никогда не бываетъ чистымъ: въ немъ весьма часто замѣчается—какъ указано выше—примѣсь то слабого сокращенія мышцы *сдвигающей брови* (corrug. superc.), то *пирамидальной мышцы* носа. Такая примѣсь отнимаетъ у физіогноміи выраженіе *спокойнаго, безпрепятственнаго, ненарушаемаго вниманія,* какое она имѣла-бы въ случаѣ сокращенія одной лобной мышцы (мышцы вниманья Дюшена). Такое выраженіе замѣтно въ фигурахъ на табл. I-й фиг. 3 и 4, и на Таблицахъ II, VI, VII, VIII, IX, X.

Вторымъ по времени и болѣе серьезнымъ по значенію признакомъ алкоголизма является *валовое ослабленіе всѣхъ лицевыхъ мышцъ,* исключая лобной, придающее физіогноміи вытянутый и опущенный видъ, хорошо извѣстный подъ ходячимъ названіемъ *испитаго лица* см. Таб. II. Самой наглядной чертой этого рода измѣненій является широкое открытіе глазъ, зависящее отъ ослабленія всей круговой мышцы глаза т. е. орбиты и вѣкъ. Ослабленіе этой мышцы обыкновенно выражается умѣреннымъ опущеніемъ нижняго вѣка и рѣзкимъ поднятіемъ верхняго. По важности своей, оба указанныя обстоятельства требуютъ разъясненія. Сильная степень опущенія нижняго вѣка замѣчается, на сколько мы убѣдились изъ нашихъ физіогномическихъ наблюденій, только при мастурбаціи. На Табл. I. фиг. 2-й изображено это состояніе. Если больной излѣчивается отъ мастурбаціи, нижнее вѣко постепенно приподнимается, и самый признакъ можетъ вполнѣ исчезнуть,—въ этомъ мы убѣдились положительнымъ образомъ. При нормальномъ выраженіи лица нижнее вѣко обыкновенно на столько приподнято вверхъ, что прикрываетъ часть роговой оболочки; въ случаяхъ неумѣренной маструбаціи нижнее вѣко сильно опущено, при алкоголизмѣ—не столь сильно. Причину этой разницы объяснимъ ниже (стр. 41-я), но самый фактъ

очевиденъ изъ сличенія фотографій (см. Табл. I-я, рис. 2-й и Табл. II-я) Сильное поднятіе верхняго вѣка, столь частое у алкоголиковъ, объясняется ослабленіемъ круговой мышцы глаза и антагонистическимъ дѣйствіемъ мышцы, *поднимающей верхнее вѣко* (levat. palp. sup.). Мышца эта, какъ извѣстно, получаетъ свои двигательныя вѣточки отъ общаго глазного нерва (n. oculometorii), который, очевидно, остается внѣ дѣйствія алкоголя, или по крайней мѣрѣ, внѣ значительнаго дѣйствія; между тѣмъ какъ на лицевомъ нервѣ вліяніе алкоголя обыкновенно очень рано и весьма рѣзко сказывается. Въ этомъ отношеніи алкоголизмъ отличается отъ общаго прогрессивнаго паралича и отъ слабоумія, при которыхъ паденіе верхняго вѣка составляетъ признакъ нерѣдкій, зависящій отъ бульбарныхъ осложненій, алкоголизму мало свойственныхъ. Что касается вопроса о томъ, гдѣ находится граница нормальнаго и ненормальнаго поднятія верхняго вѣка, то изъ многочисленныхъ наблюденій, сдѣланныхъ нами въ этомъ отношеніи, выяснилось, что при стоячемъ положеніи субъекта и горизонтальномъ направленіи зрительныхъ осей, верхнее вѣко прикрываетъ значительный сегментъ роговицы и почти касается линіи зрачка. Поднятіе вѣка выше этого уровня слѣдуетъ считать патологическимъ [1]).

Весьма замѣчательно, что слабость круговой мышцы глазъ, столь ясная при обыкновенныхъ условіяхъ, исчезнетъ при яркомъ свѣтѣ (солнечный день) и при такихъ волненіяхъ какъ слезы. Очевидно, что въ алкоголизмѣ имѣетъ мѣсто только слабость этой мышцы для *умѣренныхъ раздраженій*, на сильныя же раздраженія она отвѣчаетъ удовлетворительно. Поэтому при съемкѣ фотографіи на открытомъ воздухѣ въ яркій день парезъ мышцы можетъ не быть очевиднымъ, какъ напр. Табл. III-я, фиг. 3-я и 4-я, или Табл. VI-я.

Кромѣ круговой мышцы глазъ и всѣ другія мышцы лица, управляемыя лицевымъ нервомъ, обыкновенно ослаблены у алкоголиковъ, но не столь рѣзко, какъ эта мышца.

Ослабленіе мышцъ, управляемыхъ лицевымъ нервомъ, свойственно какъ алкоголизму, такъ равно общему прогрессивному параличу и апатическому слабоумію,—этимъ объясняется общеизвѣстный фактъ, что прогрессивныхъ паралитиковъ нерѣдко принимаютъ за пьяныхъ. Отношеніе это подробнѣе разъяснено въ одной изъ нашихъ статей въ журналѣ: Iconographie de la Salpetrière за 1895 г. [2]).

Ослабленіе лицевыхъ мышцъ придаетъ лицу отпечатокъ усталости, вялости, слабости или только умственной посредственности, если оно выражено умѣренно (см. Табл. II-я, рис. 1-й). Въ самомъ дѣлѣ ежеднев-

---

[1]) У тѣхъ расъ, которыя обладаютъ крупными глазами, напр. Семитовъ (волоокихъ по выраженію Иліады), глазъ менѣе прикрытъ вѣками, нежели у другихъ расъ.

[2]) Sikorsky. Des indices physionomiques de la demence стр. 177—190.

ное наблюденіе показываетъ, что вялость лицевой мускулатуры, независимо отъ алкоголизма, можетъ быть наблюдаема въ слабой степени и у здоровыхъ людей, но это всегда совпадаетъ съ посредственными или слабыми дарованіями или-же съ малонапряженной умственной дѣятельностью, съ умственнымъ утомленіемъ и т. под. Съ теоретической точки зрѣнія этотъ фактъ интересенъ какъ указаніе на то, что мимика является мѣриломъ умственной работоспособности и одаренности; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ показываетъ, что алкоголь ослабляетъ тѣ именно части мозга, которыя назначены для высшей умственной работы въ особенности для ассоціацій.

Оба описанные признака алкоголизма, т. е. ослабленіе верхней орбитальной мышцы (*признакъ первый*) и валовое ослабленіе всѣхъ мышцъ (*признакъ второй*) свидѣтельствуетъ о значительномъ, однако-же не окончательномъ умственномъ и мозговомъ ослабленіи и могутъ исчезать или, по крайней мѣрѣ, уменьшиться послѣ 8—12 мѣсяцевъ трезвой жизни. Переходимъ къ слѣдующему признаку, который въ этомъ отношеніи имѣетъ гораздо большее значеніе.

Третьимъ физіогномическимъ признакомъ хроническаго алкоголизма служитъ весьма характеристическое измѣненіе лица, состоящее въ томъ, что *носогубная складка* (plica naso—labialis) становится особенно глубокой въ своей верхней части, нижняя-же ея часть наоборотъ становится менѣе глубокой и даже сглаживается. Особенность эта отчетливо выражена на всѣхъ фигурахъ Таб. III-й. Какъ извѣстно, носогубная складка состоитъ изъ двухъ частей: верхней, обращенной выпуклостью наружу, нижней, обращенной выпуклостью внутрь. Верхняя часть этой складки образуется сокращеніемъ мышцы, которую Генке, а за нимъ Генле называетъ *квадратной мышцей верхней губы* и которую другіе авторы считаютъ за четыре отдѣльныя мышцы [1]), нижняя-же часть складки происходитъ отъ дѣйствія мышцы *большой скуловой* (zyg. major.). Дѣйствіе квадратной мышцы Генле легко узнается по тому, что она сокращаясь передвигаетъ кожу щеки всей массой вверхъ и этимъ даетъ кромѣ углубленія верхняго края носогубной складки, рядъ складокъ, идущихъ по лицу лучеобразно отъ внутренняго угла глаза; сокращеніе-же большой скуловой мышцы даетъ рядъ складокъ, идущихъ лучеобразно кнаружи отъ наружнаго угла глаза. У пьяницъ молодого возраста, гдѣ еще кожа не утратила упругости подъ нижнимъ вѣкомъ появляется вмѣсто многихъ складокъ одна глубокая складка и надъ нею толстый валикъ, образованный припухшимъ нижнимъ вѣкомъ. Измѣненія физіогноміи, наблюдаемыя у пьяницъ состоятъ въ сущности въ томъ, что мышцы, дѣйствующія на верхнюю часть складки, находятся въ болѣе

---

[1]) 1) lev. lab. sup. et. alae nasi. 2) lev. lab. sup. pr. 3) lev. anguli oris 4) zygomat.min.

сильномъ сокращенiи по сравненiи съ нормой, а мышца, дѣйствующая на нижнюю часть складки, сокращена слабѣе нормы; вслѣдствiе этого у пьяницъ часто наблюдаются рѣзкiя складки, у внутренняго угла глаза и весьма рѣдко у наружнаго угла глаза. Особенность эта, придающая лицу непрiятное, отталкивающее выраженiе, видна отчетливо на фигурахъ: 1-й, 3-й и 4-й Табл. III-й. Значенiе этой физiогномической особенности выясняется болѣе всего тѣмъ фактомъ, что *появленiе ея совпадаетъ съ глубокими измѣненiями характера,* которыя остаются навсегда и не исчезаютъ, даже въ случаѣ послѣдующей трезвой жизни. Важность разбираемой особенности еще болѣе освѣщается тѣмъ обстоятельствомъ, что она не наблюдается въ острыхъ психозахъ, но появляется всякiй разъ въ томъ случаѣ, когда острый психозъ переходитъ въ хроническiя, неизлѣчимыя формы. Наконецъ она встрѣчается какъ прирожденная черта мимики у дегенерантовъ, наравнѣ съ другими признаками вырожденiя.

Особенное значенiе квадратной мышцы Генле и независимость ея въ патологическихъ измѣненiяхъ мимики выясняетъ слѣдующiй случай. Интеллигентный человѣкъ сорока пяти лѣтъ отъ роду, предававшiйся въ теченiе многихъ лѣтъ злоупотребленiю спиртными напитками, поступилъ въ завѣдываемую нами клинику съ явленiями запойнаго бреда (delirium tremens). Въ теченiе нѣсколькихъ дней у больного замѣчалось рѣзкое, не прекращавшееся дрожанiе всѣхъ мышцъ, входящихъ въ составъ квадратной мышцы Генле. Этотъ любопытный признакъ на столько усиливался при попыткахъ говорить, что вначалѣ дѣлалъ почти невозможной рѣчь. Всѣ смежныя мышцы были очень слабы и не дрожали ни во время рѣчи, ни при молчанiи. Обѣ мышцы скуловыя большiя (m. zyg. major.) были весьма рѣзко ослаблены, почти не сокращались при улыбкѣ, но въ нихъ не было дрожанiя. Съ теченiемъ времени, дней черезъ 8—10, дрожанiе квадратной мышцы значительно ослабѣло, а въ настоящее время (три мѣсяца спустя съ поступленiя больного въ клинику) признакъ этотъ едва замѣтенъ. Движенiе остальныхъ лицевыхъ мышцъ возстановилось почти вполнѣ.

Не лишено также значенiя то обстоятельство, что усиленнаго сокращенiя квадратной мышцы Генле мы не наблюдали въ общемъ прогрессивномъ параличѣ, напротивъ—тамъ эта мышца обыкновенно слабѣетъ, наряду съ другими мышцами лица.

Что касается психологическаго значенiя описываемой физiогномической особенности, то, повидимому, она свидѣтельствуетъ объ установившемся *недовольствѣ и мрачности души* у алкоголистовъ и объ утратѣ или ослабленiи жизнерадостнаго настроенiя. Въ самомъ дѣлѣ, сокращенiе большой скуловой мышцы служитъ выраженiемъ радости (Дюшенъ) и съ другой стороны сокращенiе группы мышцъ, входящихъ

въ составъ квадратной мышцы Генле указываетъ на недовольство, слезы, дурное настроеніе духа (Дюшенъ). Разбирая душевное состояніе алкоголистовъ и привычныхъ пьяницъ, мы убѣдились, что главный фонъ ихъ настроенія носитъ на себѣ отпечатокъ недовольства и дурного расположенія духа. Такого рода настроеніе отчасти, вѣроятно, вытекаетъ изъ частыхъ невральгическихъ болей, также зависитъ отъ разстроеннаго желудочнаго пищеваренія и отъ другихъ болѣзненныхъ ощущеній, неразлучныхъ съ хронической болѣзнью, столь серьезной, какъ алкоголизмъ, но болѣе всего оно зависитъ отъ затрудненія умственныхъ процессовъ. Пьяницы прибѣгаютъ къ вину, не только руководясь перспективой веселья, но болѣе всего изъ потребности подавить непріятныя физическія ощущенія и непріятное самочувствіе и настроеніе духа. Наконецъ и самое удовольствіе, даваемое опьяненіемъ, въ сущности является скорѣе *веселіемъ*, нежели *радостью*, т. е. оно болѣе содержитъ въ себѣ внѣшнихъ шумныхъ проявленій движенія, нежели глубокаго спокойнаго содержанія, соотвѣтствующаго радости. Въ самомъ дѣлѣ можно сказать, что радость содержитъ въ себѣ болѣе внутреннихъ, удовлетворяющихъ душу элементовъ, а веселіе скорѣе представляетъ несдержанныя внѣшнія формы, за которыми не всегда можно найти истинное удовольствіе и дѣйствительную радость. Принимая все это во вниманіе, мы полагаемъ что душевное состояніе пьяницъ содержитъ въ себѣ болѣе элементовъ непріятныхъ, чѣмъ пріятныхъ, и хроническое употребленіе вина есть искомое средство для постояннаго наркоза и притупленія непріятнаго настроенія. Самое веселье пьяницъ есть довольно неустойчивое душевное состояніе, потому что легко переходитъ въ слезы и также легко и неожиданно превращается въ какое-либо новое душевное волненіе, напр. гнѣвъ, что вовсе не свойственно радости. Высказывая этотъ взглядъ, подкрѣпленный указанными психологическими соображеніями, мы не отрицаемъ возможности и другихъ причинъ своеобразнаго измѣненія мимики. Такими причинами могутъ быть атрофическіе процессы въ мозговой корѣ, неминуемо влекущіе за собою ослабленіе тѣхъ или другихъ мышечныхъ движеній. Но несомнѣнно, что алкоголизмъ производитъ единовременно физическія и психическія перемѣны: ослабляетъ извѣстныя мимическія движенія и въ той же степени ослабляетъ самые процессы чувства и мысли, для которыхъ эти движенія служатъ внѣшними выразителями. Въ этомъ смыслѣ описанное сейчасъ измѣненіе физіогноміи (*третій признакъ*), по всей вѣроятности, указываетъ на ослабленіе однихъ чувствъ и усиленіе другихъ,—на вызванное алкоголизмомъ извращеніе личности Наши наблюденія надъ алкоголизмомъ приводятъ насъ къ убѣжденію, что едва-ли въ другой болѣзни можно найти болѣе строгое соотношеніе между душевнымъ состояніемъ и физіогномическими перемѣнами.

Объединяя всѣ данныя касательно мимики, наблюдаемой у алкоголиковъ, можемъ формулировать существенныя измѣненія въ ней слѣдующими словами:

1) Ослабленіе мышечныхъ движеній, выражающихъ напряженную думу и размышленіе;

2) Ослабленіе и утрата признаковъ безпрепятственнаго, ненарушеннаго вниманія;

3) Присутствіе въ мимикѣ стойкихъ знаковъ какого либо чувства или настроенія (печали, недовольства, злобности, легкомыслія и т. п.), которыя примѣшиваются безразлично ко всѣмъ другимъ мимическимъ движеніямъ и лишаютъ ихъ чистоты и отчетливости.

Послѣ изложенія мимическихъ измѣненій въ физіогноміи алкоголиковъ, мы считаемъ необходимымъ разрѣшить сомнѣнія, нерѣдко выражаемыя по вопросу о вредномъ дѣйствіи алкоголя (впрочемъ со стороны не врачей). Можно слышать въ особенности отъ самыхъ алкоголиковъ мнѣніе объ относительной безвредности пьянства или, по крайней мѣрѣ, о незамѣтномъ вредѣ его.

Что алкоголь дѣйствуетъ ослабляющимъ образомъ на умственные процессы—это не можетъ подлежать сомнѣнію послѣ столь очевидныхъ и безспорныхъ данныхъ, какія добыты изслѣдованіями Крепелина. Столь-же очевиднымъ изъ ознакомленія съ физіогноміей пьяницъ становится фактъ умственнаго ослабленія и ослабленія чувствъ. Если тѣмъ не менѣе продолжаютъ существовать въ этомъ отношеніи недоразумѣнія, то очевидно, что вопросъ нуждается не въ новыхъ доказательствахъ, а лишь въ разъясненіяхъ. Съ своей стороны, мы старались, наблюденіемъ надъ умственной дѣятельностью несомнѣнныхъ пьяницъ, ближе ознакомиться съ механизмомъ и особенностями ихъ мысли.

Въ случаяхъ остраго алкогольнаго бреда съ галлюцинаціями можно наблюдать нѣкоторыя весьма существенныя измѣненія въ ассоціаціяхъ, состоящія въ томъ, что нѣкоторыя ассоціаціи совершенно выпадаютъ изъ умственнаго механизма въ такой степени, какъ будто извѣстный центръ вполнѣ прекратилъ свою дѣятельность. Слѣдующая краткая исторія болѣзни поясняетъ нашу мысль.

N. N. поступилъ въ Кіевскій военный госпиталь въ 189* году съ явленіями остраго алкоголизма. Онъ былъ крайне безпокоенъ въ первые дни, вслѣдствіе живыхъ галлюцинацій въ области общаго чувства, а также вслѣдствіе галлюцинацій зрительныхъ и кожно-мышечныхъ. Больному казалось, что по его тѣлу ползаютъ животныя, его кожи касаются летающія насѣкомыя и фантастическія птицы. Когда наступило нѣкоторое успокоеніе, то прежде всего исчезли вполнѣ галлюцинаціи кожныя и общаго чувства и остались однѣ зрительныя галлюцинаціи. Въ этомъ состояніи больной былъ подробно изслѣдованъ

съ психологической точки зрѣнія. Больной разсказывалъ о слѣдующихъ галлюцинаціяхъ. Ему казалось, что черезъ толстую каменную стѣну въ комнату его влетали фантастическія птицы не то въ родѣ павлина, не то въ родѣ рыбы, напоминающихъ своими размѣрами и отчасти формами фигуру человѣка. Эти птицы плавно и безъ малѣйшаго шума влетали въ комнату, пронизывая толщину стѣнъ и оконъ, кокоторыя не представляли имъ ни малѣйшаго сопротивленія, птицы носились по комнатѣ, ничего не задѣвая. Съ каждымъ днемъ состояніе больного улучшалось, и вотъ—рядъ разговоровъ, которые мы имѣли съ больнымъ. (Записано по свѣжимъ воспоминаніямъ).

— Какимъ образомъ могло случиться, что птицы, которыхъ вы видѣли, могли влетѣть черезъ окно, не разбивъ стекла или пройти черезъ каменную стѣну?

Въ отвѣтъ на вопросъ, больной съ живостью и особенной настойчивостью ссылался на свидѣтельство своихъ органовъ чувствъ (зрѣнія). Когда ему указано было на физическую невозможность факта, что-бы птица могла проникнуть въ окно, не разбивъ стекла, онъ съ живостью пояснилъ, что птица проходила черезъ стѣнку, плавно, тихо, безъ всякаго шума указывалъ пункты, черезъ которые она проходила, но болѣе всего основывался на томъ, что *онъ это видѣлъ собственными глазами.* Нѣсколько дней спустя на предложенные ему тѣ-же вопросы и сомнѣнія, онъ отвѣчалъ.

— Это дѣйствительно странно и кажется невозможнымъ, но это было такъ-же вѣрно, какъ то, что мы съ вами говоримъ.

Еще нѣсколько дней спустя, больной уже говорилъ иначе, находясь подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ возстановившихся нормальныхъ ассоціацій.

— Теперь я понимаю, что это невозможно, и даже скажу вамъ больше, прибавилъ онъ съ живостью только-что прозрѣвшаго человѣка, —окно было уставлено до верху цвѣтами, и птица должна была-бы непремѣнно уронить ихъ или сломать вѣтки, *и очень странно, что въ ту пору это соображеніе не приходило мнѣ въ голову.*

Приведенный примѣръ показываетъ, что у больного въ извѣстный періодъ его болѣзни сохранялась способность зрительныхъ представленій и зрительнаго мышленія, дававшая ему возможность воображать (галлюцинаторно) полетъ птицъ, но у него вполнѣ отсутствовали осязательно—мышечныя ассоціаціи, касательно встрѣчи мягкихъ тѣлъ съ съ твердыми (въ данномъ случаѣ птицы со стѣной, стекломъ, вѣтками комнатныхъ цвѣтовъ). Ассоціаціи этого рода въ его мозгу совершенно не возникали не только самопроизвольно, но и въ ту пору, когда мы, путемъ вопросовъ и сомнѣній, указывали больному на необходимость этихъ ассоціацій и тѣмъ старались напомнить и вызвать ихъ. Очевидно,

мы имѣли дѣло не съ простымъ забвеніемъ ассоціацій, но съ *параличемъ самой способности ассоціацій.*

Для разъясненія этого вопроса крайне интересными являются психологическія толкованія Marillier'a[1]) касательно фактовъ, собранныхъ Magnan'омъ изъ наблюденій надъ алкоголиками. Magnan наблюдалъ частичныя анестезіи кортикальнаго характера. Алкоголику, у котораго была анестезія одной половины тѣла, онъ предлагалъ коснуться рукой какой-либо части тѣла съ сохраненной чувствительностью, напримѣръ носа, ушной раковины; но руки больного удерживали на мѣстѣ, а экспериментаторъ своей рукой касался требуемой части тѣла, и алкоголикъ воображалъ, что онъ самъ выполнилъ собственной рукой это прикосновеніе. Въ этомъ примѣрѣ, больной былъ лишенъ способности воспріятія. Liepmann указываетъ, что въ болѣе чѣмъ въ половинѣ изслѣдованныхъ имъ случаевъ, онъ наблюдалъ рядъ элементарныхъ чувственныхъ разстройствъ (разстройствъ воспріятія), которыя являлись то въ видѣ безсвязныхъ, измѣнчивыхъ образовъ, то въ видѣ связныхъ картинъ[2]). Въ приведенной-же нами выше исторіи болѣзни мы видимъ, что подобнымъ-же образомъ въ алкоголизмѣ можетъ утрачиваться и способность ассоціацій. Если въ примѣрѣ Magnan'a отутствовала дѣятельность центра, *воспринимющаго впечатлѣнія*, то въ нашемъ случаѣ такой участи подвергся центръ, *обрабатывающій воспринятыя впечатлѣнія.* Изъ этого необходимо заключить, что алкоголь можетъ пріостанавливать дѣятельность не только простѣйшихъ, но и самыхъ сложныхъ центровъ. Съ фактами подобнаго рода мы встрѣтимся дальше при анализѣ чувства у алкоголиковъ.

Въ своихъ опытахъ Крепелинъ указываетъ на фактъ, что при слабыхъ формахъ алкогольнаго отравленія существуетъ нѣкоторое затрудненіе въ вызовѣ начальныхъ членовъ извѣстнаго ассоціативнаго ряда,[3]) но разъ появилися первый членъ дѣйствія ассоціации возникаютъ свободнѣе. Болѣе-же сильныя степени отравленія уничтожаютъ жизненный опытъ человѣка такъ, какъ можетъ уничтожить экспериментъ.[4])

Наблюденія надъ случаями хроническаго алкоголизма показали намъ, что у алкоголистовъ нерѣдко можно наблюдать значительное затрудненіе ассоціацій, которыя выражаются растерянностью, ненаходчивостью, невозможностью найти первый членъ ассоціативнаго ряда.

Такимъ образомъ несомнѣнно, что и въ хроническихъ случаяхъ алкоголизма способность ассоціацій нарушена, и это нарушеніе выра-

---

[1]) Revue psilosophique, p. Ribot, tome XXXVI page 381.

[2]) Liepmann, Ueber d. Delirien der Alcoolisten. Arch. f. Psychiafrie B. d. XXVII. page 199.

[3]) Kraepelin. l. c. pag 174.

[4]) Kraepelin l. c. pag. 194.

жается невозможностью психически оріентироваться—*найтись* и перейти отъ одного ряда ассоціацій къ другому. Но въ обычной заученной и шаблонной дѣятельности алкоголисты продолжаютъ работать почти съ прежней силой. А такъ какъ въ жизни есть много видовъ умственнаго труда, напр. канцелярскій, торговля и т. п., которые представляютъ собою рядъ дѣйствій тождественныхъ, стереотипныхъ по готовому образцу, въ особенности-же тамъ, гдѣ требуется простое исполненіе чужой мысли, то легко понять, что въ этихъ случаяхъ умственные недостатки алкоголиста менѣе очевидны и не имѣютъ поводовъ обнаружиться наглядно. Тамъ-же, гдѣ требуется оригинальность умственныхъ ассоціацій, гдѣ нужны свѣжія концепціи, гдѣ необходимо умозаключеніе ex tempore, ad hoc,—алкоголисты оказываются несостоятельными. Но безъ сомнѣнія главнѣйшія разстройства, производимыя алкоголизмомъ, нужно искать, какъ справедливо замѣчаетъ Крепелинъ, не въ измѣненіяхъ мысли, но въ измѣненіяхъ характера человѣка [1]). Къ этой сторонѣ задачи мы переходимъ.

Глубокія психическія измѣненія характера у пьяницъ, описанныя впервые Магнусомъ Гуссомъ (1852 г.) подъ названіемъ хроническаго алкоголизма, въ настоящее время общеизвѣстны; обыкновенно указываютъ на упадокъ нравственныхъ чувствъ, на равнодушіе пьяницы къ обычаямъ и долгу. Далѣе указываютъ на эгоизмъ и цинизмъ, на раздражительность, на звѣрскую гнѣвливость; наконецъ, всѣми наблюдателями удостовѣрено мрачное настроеніе и упадокъ духа. Пользуясь собранной нами коллекціей фотографій и матеріаломъ, добытымъ путемъ психологическаго изслѣдованія алкоголиковъ, мы сдѣлаемъ попытку начертать, подмѣченныя нами, психопатическія черты въ ихъ развитіи и взаимномъ соотношеніи.

Равнодушіе къ высшимъ нравственнымъ интересамъ появляется очень рано, въ ту пору, когда еще умственные или мыслительные акты остаются почти неизмѣненными; оно появляется въ формѣ частичной нравственной *анестезіи*, въ видѣ полной невозможности испытывать извѣстное эмоціональное состояніе. Съ психологической стороны это явленіе напоминаетъ утрату способности ассоціацій, описанную на стр. 45. Сами алкоголики нерѣдко понимаютъ своимъ умомъ эту ненормальность, но понимаютъ ее только разсудочно, логически, и въ тоже время не испытываютъ ни малѣйшей субъективной реакціи, при видѣ столь серьезнаго нравственнаго недостатка, который ясно сознается и анализируется ими. Такого рода состояніе совершенно аналогично нравственному идіотизму и отличается отъ него только способомъ происхожденія. Въ другихъ случаяхъ появленіе нравственной анестезіи вызываетъ

---

[1]) Kraepelin l. c. pag. 194.

хотя-бы ту незначительную, но все-таки замѣтную для субъекта реакцію, состоящую въ томъ, что человѣкъ страшится этой анестезіи и до извѣстной степени страдаетъ отъ сознанія ея. Этого не наблюдается въ алкоголизмѣ. Слѣдующій отрывокъ изъ записокъ алкоголиста поясняетъ нашу мысль. Отрывокъ, который мы приведемъ, тѣмъ болѣе интересенъ, что онъ принадлежитъ человѣку даровитому и просвѣщенному, имѣвшему несчастіе предаваться продолжительное время злоупотребленію спиртными напитками. Говоря о своихъ отношеніяхъ къ молодой женѣ, онъ выражается слѣдующимъ образомъ: «...Я увидѣлъ, что сердце мое нравственно не работаетъ и какъ-бы умерло!.... Усталая отъ занятій съ девяти часовъ утра до девяти часовъ вечера, ежедневно, голодная и холодная, она, прибѣжавъ домой, не ѣла, чтобы лучшій кусокъ представить сытому «*гуличкѣ*», какъ называетъ меня, и вообще только и думала обо мнѣ; съ приходомъ же моимъ позабывала и голодъ, и усталость, и всѣ обиды и чувствовала, какъ и теперь, высшее наслажденіе быть возлѣ и любоваться хотя-бы и на спящаго лѣнтяя. Казалось, что я долженъ-бы влюбиться въ нее, такъ какъ, наконецъ, нашелъ женщину со всѣми достоинствами, т. е. красивую, умную, трудящуюся, бойкую, веселую и преданную, готовую перенести всевозможныя напасти не только со мною, но и за меня. Но на дѣлѣ было не такъ. Происходило-ли это вслѣдствіе умершаго во мнѣ сердца, которое не проявило себя, когда на моихъ рукахъ умеръ въ 1873 году братъ, оставившій послѣ себя громадное семейство, а въ 1874 г. мать, такъ сильно всѣхъ насъ любившая. Да, не проявляло сердце движенія и при другихъ несчастіяхъ, къ которымъ и до сего момента отношусь хладнокровно. Не знаю причины, почему я не полюбилъ эту женщину, хотя въ то-же время меня ужасно бѣсило, кажущееся мнѣ, малѣйшее неуваженіе къ ней со стороны другихъ, но думаю, что если-бы она поменьше любила меня и поступала-бы какъ съ другими, то, можетъ, во мнѣ и заговорило-бы сердце. При этихъ-же обстоятельствахъ я головой сознавалъ, что лучше этой женщины не найти, а сердце все-таки молчало....» Авторъ приведеннаго отрывка участвовалъ въ 1877 г. въ турецкой войнѣ; супруги были въ разлукѣ около года, и вотъ чувства, испытанныя авторомъ по возвращеніи. «Вотъ, кажется, кончилась война и я, возвращаясь больнымъ, льстилъ себя надеждою, что затрепещетъ мое сердце при видѣ, послѣ долгой разлуки, моей любящей и, наполовину исхудавшей отъ тоски, жены. Но сердце осталось прежнимъ, поганымъ сердцемъ, что меня теперь *бѣситъ* и заставляетъ *ненавидѣть* жизнь». Такимъ образомъ реакція, какую возбуждаетъ въ этомъ несчастномъ его нравственная анестезія, состоитъ въ *злости* и въ *ненависти*, но не въ горѣ, тоскѣ, ужасѣ и отчаяніи, какъ бы слѣдовало ждать. Между тѣмъ этотъ человѣкъ не былъ какимъ-либо одичалымъ

существомъ: онъ былъ хорошій служака и до поры до времени исполнялъ честно и добросовѣстно свои служебныя обязанности. Вотъ что говоритъ онъ о своихъ служебныхъ дѣлахъ: «Что значитъ испорченная рота. Это не та рота, которая не умѣетъ маршировать, а та рота, въ которой падаетъ дисциплина, является распущенность по отношенію къ службѣ, недобросовѣстное отношеніе къ общему имуществу и другъ къ другу и даже упадокъ нравственности между людьми»..... Но первое время нравственная анестезія коснулась только тонкихъ семейныхъ отношеній. Уже въ это время у описываемаго субъекта бывали приступы начинавшейся мрачности. «Между товарищами и въ обществѣ меня считаютъ очень веселымъ.... Но какъ-бы удивились теперь, если-бы знали, что всѣ теперешнія балагурства большею частью служатъ мнѣ средствомъ, что-бы хотя на время забыться и не хандрить».

Дальнѣйшимъ по времени признакомъ алкоголизма является раздражительность характера. О раздражительности свидѣтельствуютъ всѣ авторы, писавшіе объ алкоголизмѣ. Въ самомъ дѣлѣ, у алкоголиковъ часто и весьма легко появляются рѣзко выраженныя душевныя волненія, которыя однако-же исчезаютъ такъ быстро и неожиданно, какъ это можно видѣть только у дѣтей. Къ такого рода волненіямъ относятся обидчивость, злость, гнѣвъ, мнительность, растерянность, нѣжность и т. п.

Съ появленіемъ этихъ волненій часто совпадаетъ усиленіе сокращенія лобной мышцы (m. frontalis), такъ что перевѣсъ въ дѣйствіи этой мышцы надъ другими мышцами лица является до нѣкоторой степени *показателемъ пониженія умственной и повышенія эмоціональной возбудимости* (ср. стр. 38-я). Такое заключеніе очень хорошо согласуется съ мнѣніемъ Brissaud'а о томъ, что мышцы управляемыя верхнимъ лицевымъ нервомъ, служатъ болѣе для эмоціональныхъ выраженій и менѣе подчинены дѣйствію воли, а мышцы, управляемыя нижнимъ лицевымъ нервомъ, на оборотъ, служатъ одинаково для той и другой цѣли [1]).

Наблюдая алкоголиковъ, мы убѣдились, что свойственная имъ раздражительность имѣетъ свои особенности; она обусловлена главнымъ образомъ тѣмъ, что волненія возникаютъ *совершенно изолированно*, чего мы не наблюдаемъ у здоровыхъ людей и не часто видимъ у помѣшанныхъ. Душевныя волненія здороваго человѣка *всегда сложны*: рядомъ съ главнымъ чувствомъ, охватывающимъ душу, замѣчаются, хотя и слабой степени, другія чувства, напр. страхъ не исключаетъ надежды, гнѣвъ сопровождается чувствомъ нѣкотораго опасенія за его послѣдствія и т. д. Это замѣчается даже и при сильныхъ волненіяхъ. У алкоголиковъ-же не рѣдко съ полной ясностью можно убѣдиться, что душевныя волненія являются совершенно изолированными, даже и въ

---

[1]) Localisation corticale des mouvements de la face. Progrès Med. 1893 Стр 493.

томъ случаѣ, когда они не отличаются силой, и слѣдовательно не могли бы подавлять собою смежныя и единовременныя чувства, если-бы таковыя были въ душѣ. Очевидно здѣсь мы имѣемъ дѣло съ частной анестезіей, *съ полнымъ отсутствіемъ слабѣйшихъ ассоціативныхъ чувствъ,* появленіе которыхъ вѣроятно затруднено парализующимъ, токсическимъ дѣйствіемъ алкоголя. (Ср. выше страница 45-я.) Возникающее при такихъ условіяхъ основное чувство, даже если они и не отличаются силой, развивается быстро и охватываетъ человѣка вполнѣ и безраздѣльно. Такимъ образомъ, напр., обидчивость является внезапно и притомъ въ странныхъ, неумѣряемыхъ разсудкомъ, формахъ, проявленія нѣжности и доброты принимаютъ неожиданные, немотивированные размѣры, готовность къ услугамъ, самоуниженіе являются преувеличенными, гордость крайне груба и неумѣренна и т. д. Въ то-же время эти волненія въ большей части случаевъ не отличаются глубиной и легко исчезаютъ.

Дальнѣйшую психологическую особенность алкогольной раздражительности составляютъ внезапные и неожиданные переходы отъ однихъ волненій къ другимъ, вопреки условіямъ нормальныхъ ассоціацій, что можетъ быть объяснено передвиженіемъ импульсовъ по необычнымъ путямъ, вслѣдствіе затрудненія проводимости въ надлежащихъ проводникахъ. Также предположеніе не лишено вѣроятности, если примемъ во вниманіе дѣйствіе алкоголя на нервныя клѣточки съ одной стороны и на сосудодвигательную иннервацію съ другой: разстройство кровообращенія въ мозгу въ соединеніи съ отравленіемъ клѣточекъ могутъ самымъ разнообразнымъ образомъ измѣнить дѣятельность центральныхъ аппаратовъ.

Въ силу изложенныхъ условій, душевныя волненія алкоголиковъ существенно отличаются отъ волненій нормальныхъ людей, не только въ количественномъ, но и въ качественномъ отношеніи. Такъ, напр., гнѣвъ у алкоголиковъ иногда принимаетъ форму злости, страхъ почти всегда является въ видѣ совершенной растерянности, стыдъ, повидимому, всегда и сразу превращается въ смущеніе или гнѣвъ. Способность-же испытывать чистое чувство стыда утрачивается алкоголиками очень рано; параличъ этого высокаго человѣчнаго чувства понижаетъ алкоголика въ нравственномъ смыслѣ гораздо больше, нежели любой психозъ.

Существенную роль въ измѣненіяхъ чувствъ играетъ *полное выпаденіе отдѣльныхъ членовъ ассоціативнаго ряда*, придающее другимъ членамъ неестественную силу и направленіе. Значеніе этого обстоятельства становится вполнѣ очевиднымъ при разборѣ конкретныхъ случаевъ. Мы остановимся подробнѣе на разборѣ чувства стыда и чувства страха. Оба эти чувства нерѣдко наблюдаются глубоко измѣненными у алкоголиковъ.

Стыдъ, какъ извѣстно, выражается у нормальнаго человѣка слѣдующими признаками: 1) краской стыда, т. е. покрасненіемъ кожи, въ особенности не покрытыхъ частей ея,—напр. лица и тѣхъ обнаженныхъ частей, на которыя обращено вниманіе наблюдателя; 2) различными движеніями, имѣющими цѣлью удалить отъ взора наблюдателя глаза, лицо или совершенно удалиться съ глазъ. Это состояніе въ описательной рѣчи выражается словами: *потуплять взоръ, прятать глаза, отворачивать лицо, желать бѣжать, желать провалиться сквозь землю* и проч. (чтобы спрятаться отъ чужого взгляда).

Краска стыда съ физіологической точки зрѣнія представляетъ собою столь внезапное и быстрое расширеніе мелкихъ артерій кожи, что оно, безъ сомнѣнія, происходитъ вслѣдствіе раздраженія сосудорасширителей (вазодилятаторовъ). Этотъ тонкій и чуткій механизмъ отсутствуетъ *вполнѣ* у большей части алкоголистовъ. Причиной этому служитъ, по всей вѣроятности, обычный для нихъ параличъ сосудодвигателей, дѣлающій невозможнымъ дальнѣйшее расширеніе сосудовъ подъ вліяніемъ эмоціи. Но безъ сомнѣнія параличъ сосудодвигателей не составляетъ единственной причины утраты способности краснѣть; вѣроятна, какъ увидимъ ниже, и другая причина, именно глубокое пониженіе или отсутствіе самаго центральнаго процесса—самаго чувства, вызывающаго краску стыда.

Второй признакъ стыда, именно стремленіе скрыть глаза и лицо и проч. отъ взора наблюдателя, также не остается безъ измѣненій: потупленіе взора мы замѣчали рѣдко, отворачиваніе лица также наблюдали рѣдко; вмѣсто того можно видѣть только движеніе глазъ въ горизонтальномъ направленіи. Это движеніе очень ясно замѣчается на фотографіяхъ фиг. 2 и 3 на Таб. II. (Всѣ эти субъекты стѣснялись быть фотографированными). На этихъ фотографіяхъ мы видимъ, что отпечатки свѣтового рефлекса на роговицѣ, т. наз. *блики*, расположены нѣсколькими точками по горизонтальной линіи, но не по вертикальной—что указываетъ на то, что глаза двигались (бѣгали) справа на лѣво и наоборотъ, но не сверху внизъ или въ иномъ какомъ либо направленіи; слѣдовательно не *было ни потупленія взора, ни опусканія головы.* За отсутствіемъ этихъ главныхъ выраженій стыда, у алкоголиковъ обыкновенно наблюдаются только второстепенныя проявленія, именно—движенія туловища, переступаніе съ ноги на ногу и нѣкоторая неловкость въ манерѣ держать себя. Такимъ образомъ, даже внѣшнія проявленія чувства стыда глубоко измѣнены. Что на столько-же измѣнена и психическая сторона этого чувства, въ этомъ едва-ли можно сомнѣваться; въ самомъ дѣлѣ ежедневныя наблюденія надъ алкоголиками показываютъ, что утрата способности стыдиться составляетъ самую характеристическую особенность алкоголизма; всѣ тонкія состоянія и проявленія

этого чувства, составляющія основаніе скромности, благоговѣнія, почтенія исчезаютъ очень рано. Едва ли нужно говорить о важности этихъ перемѣнъ. Если подумаемъ о томъ, что стыдъ не только держитъ въ извѣстныхъ границахъ физическую сторону человѣка (половую), но является однимъ изъ основныхъ началъ нравственной жизни, дѣлая человѣка чуткимъ къ мнѣнію другихъ, къ мнѣнію общественному и охраняя его отъ всего, *что постыдно* въ нравственномъ смыслѣ, то мы поймемъ, какъ глубоки измѣненія въ психическомъ состояніи алкоголистовъ.

Другое чувство, легко утрачиваемое алкоголистами—это *страхъ*.

Страхъ у нормальнаго человѣка выражается замедленіемъ съ послѣдующимъ ускореніемъ дѣятельности сердца, затрудненіемъ дыханія и сокращеніемъ мелкихъ сосудовъ. Это послѣднее проявленіе составаяетъ характеристическую черту страха; но она именно исчезаетъ у алкоголиковъ. Причиной этого, вѣроятно, является параличъ сосудовъ, вызываемый алкоголемъ. Чувство страха представляется также измѣненнымъ и въ психическомъ отношеніи, именно, оно часто принимаетъ у алкоголистовъ форму растерянности, какъ это видно на фотографіяхъ (см. Таб. II, фиг. 2 и 4), и въ такомъ случаѣ выражается безпокойнымъ движеніемъ тѣла и глазъ, напоминая собой проявленіе чувства стыда. Наблюдая алкоголиковъ, мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ затруднялись рѣшить, испытываютъ-ли они стыдъ или робость и застѣнчивость —въ такой степени эмоціональное состояніе, въ которомъ они находились, лишено было отчетливости и носило неясныя и не рѣзко напечатленныя формы. *Въ подобныхъ случаяхъ* наблюдавшаяся картина во многомъ напоминала собою то, что Дарвинъ [1]) опредѣлилъ у дѣтей, именно смѣсь страха, робости и застѣнчивости, нѣчто недифференцированное, сходное съ пугливостью неприрученнаго животнаго. Съ возрастомъ человѣка, эти дѣтскія формы чувства развиваются и обособляются, алкоголь же снова возвращаетъ ихъ въ первобытное состояніе. Такимъ образомъ очевидно, что при алкоголизмѣ выступаютъ низшія недифференцированныя формы чувствъ вмѣсто развитыхъ и отчетливо выраженныхъ эмоціональныхъ проявленій. Все это указываетъ на глубокое психическое пониженіе и извращеніе, производимое алкоголемъ.

Ослабленіе страха можетъ повлечь за собою важныя послѣдствія. Въ самомъ дѣлѣ, если вспомнимъ, что страхъ въ своихъ высокихъ проявленіяхъ превращается въ *боязнь зла* и въ опасеніе послѣдствій зла, то становится понятнымъ высокое здравоохранительное значеніе этого чувства въ вопросахъ нравственности. Слѣдующій примѣръ можетъ пояснить развиваемую нами точку зрѣнія. Молодой человѣкъ доброй и нѣжной души, отзывчивый и чуткій, имѣлъ несчастіе подпасть подъ

---

[1]) Чарльзъ Дарвинъ. О выраженіи ощущеній и пр. Спб. 1872 г. стр. 820.

развращающее вліяніе кабатчика, который сталъ наущать и подговаривать его къ совершенію убійства богатаго купца съ цѣлью грабежа. Молодой человѣкъ долго сопротивлялся злымъ совѣтамъ. Его удерживали не столько логическія соображенія, не столько разсудочное сознаніе послѣдствій преступленія, сколько инстинктивное отвращеніе и ужасъ, который ему внушала мысль объ убійствѣ, созрѣвшая у кабатчика. Всѣ возраженія молодой жертвы были разбиваемы логическими доводами кабатчика; оставалось *одно* инстинктивное чувство — страхъ предъ самой процедурой исполненія убійства.

— Какъ подумаю...... Сердце робѣетъ......

— А ты, дуракъ, выпей для смѣлости!—настойчиво совѣтовалъ кабатчикъ [1]).

Выпитая водка дѣйствительно придала смѣлости, и убійство было осуществлено. Очевидно, что узловая точка этого страшнаго дѣла лежитъ именно въ выпитомъ винѣ. Вино произвело двоякое дѣйствіе: *наркотизировало высшіе центры и уничтожило возможность страха, парализовавъ дѣйствіе сосудодвигателей.* Съ уничтоженіемъ страха, пала послѣдняя преграда, и молодой человѣкъ совершилъ убійство. Что, именно, такимъ, чисто физіологическимъ путемъ, онъ дошелъ до роковаго исхода, что здѣсь не было ни развращенія, ни другихъ нравственныхъ условій преступленія, а были чисто физіологическія причины именно дѣйствіе вина--это выясняется дальнѣйшимъ поведеніемъ преступника, его живѣйшимъ и глубокимъ раскаяніемъ, его нравственными терзаніями.

Такимъ обр. чувство страха и чувство стыда глубоко измѣняются у алкоголиковъ, утрачивая самыя существенныя составныя части свои. Другія чувства измѣняются не столь сильно, однако-же лишаются нѣкоторыхъ своихъ свойствъ и вслѣдствіе этого утрачиваютъ характеръ тонкости и полноты, становятся грубыми и шаблонными. Сообразно этому измѣняется и мимика. Измѣненіе это можетъ быть столь значительнымъ, что подчасъ не легко опредѣлить, какія чувства напечатлѣны на физіономіи. Въ этомъ отношеніи физіогноміи алкоголиковъ отличаются отъ физіогномій здоровыхъ людей. Какъ на примѣръ такого рода измѣненій можемъ указать на фиг. 1, Табл. II и на Табл. V (фиг. съ растегнутой рубахой).

Физіогномическими перемѣнами объясняется одно явленіе, обычное у алкоголиковъ, именно—частыя недоразумѣнія между ними, приводящія къ спорамъ, ссорамъ и дракамъ. Одной изъ причинъ этихъ недо-

---

[1]) Дѣло объ убійствѣ, сущность вотораго мы изложили съ нѣкоторыми подробностями, не могло быть, къ сожалѣнію, розыскано нами въ судебныхъ хроникахъ, пришлось поневолѣ ограничиться изложеніемъ его по нашимъ замѣткамъ и воспоминаніямъ.

разумѣній служитъ невозможность для собесѣдника опредѣлить настроеніе духа у алкоголика. Приступая къ бесѣдѣ съ кѣмъ либо, мы судимъ о настроеніи этого лица (гнѣвномъ, благосклонномъ, серьезномъ, веселомъ и проч.), по выраженію физіогноміи, и такимъ образомъ мы, до нѣкоторой степени, подготовлены относительно ожидающихъ насъ случайностей. Равнымъ образомъ, бесѣдуя съ кѣмъ либо, мы, по тону отвѣтовъ и по сопровождающей ихъ мимикѣ, заключаемъ о производимомъ нами впечатлѣніи. Это—основное условіе бесѣды. У алкоголиковъ, вслѣдствіе измѣненія мимики, сужденія о ихъ настроеніи трудны для наблюдателя, и это служитъ одной изъ причинъ частныхъ недоразумѣній въ отношеніяхъ алкоголиковъ между собою. Не лишено значенія, что даже животныя, напр. собаки, замѣчаютъ эти особенности физіогноміи алкоголиковъ и злятся на нихъ болѣе, чѣмъ на трезвыхъ.

Наиболѣе часты, по нашимъ наблюденіямъ, слѣдующія измѣненія чувствъ у алкоголистовъ.

Радость весьма часто лишена своего чистаго характера, но принимаетъ форму не мотивированнаго дѣтскаго легкомыслія и беззаботности, она нерѣдко выражается также *веселостью*, т. е. внѣшними формами, содержащими въ себѣ значительное количество двигательныхъ проявленій, но мало глубокаго внутренняго содержанія.

Чувство чести и собственнаго достоинства теряетъ свой высокій характеръ и почти исключительно принимаетъ форму гордости и самомнѣнія, которое формулируется общеизвѣстнымъ афоризмомъ алкоголиковъ: пьянъ, а умнѣе другого трезваго.

Расположеніе, любовь, ласки легко переходятъ въ непріятныя, а иногда циническія, отталкивающія проявленія.

Гнѣвъ нерѣдко принимаетъ форму звѣрской гнѣвливости и злости. Этого рода перемѣна замѣтна и въ мимикѣ. Выраженіе это видимъ на Табл. VII. Злость, какъ извѣстно, [1]) выражается сокращеніемъ пирамидальной мышцы носа (m. pyramid. nasi). Дѣйствіе этой мышцы состоитъ въ томъ, что она понижаетъ внутренній край брови, что придаетъ лицу злое, отталкивающее выраженіе. Это превращеніе гнѣва въ злость является весьма существеннымъ событіемъ въ развитіи явленій алкоголизма и указываетъ на установившееся болѣзненное измѣненіе характера. По своей природѣ *гнѣвъ* есть отвѣтное душевное волненіе человѣка или животнаго, вызванное нападеніемъ на него (физическимъ или нравственнымъ), *злость*-же есть стремленіе дѣлать зло, вредъ. Гнѣвъ можетъ быть справедливымъ или извинительнымъ, въ зависимости отъ вызвавшей его причины, злость есть безусловно

---

[1]) Duchenne. l. c. pag. Mecanisme de la plysiomomie. Deuxieme partie, Clap. IV.

дурное чувство, чисто животнаго происхожденія. Гнѣвъ не является безъ внѣшнихъ поводовъ, злость можетъ явиться безъ внѣшней причины, въ силу внутренняго состоянія человѣка. Превращеніе гнѣва въ злость у алкоголиковъ указываетъ на болѣзненное измѣненіе ихъ характера, на возникающее и накопляющееся въ нихъ физіологическое раздраженіе, независимое отъ внѣшнихъ впечатлѣній, (*inhumanitas* и *ferocitas* Каруса). Съ появленіемъ этого чувства у алкоголиковъ, большей частью, совпадаетъ столь свойственная алкоголизму *мрачность* (morositas Каруса).

Два описанныя состоянія—*злость и мрачность*—ведутъ къ дальнѣйшей весьма важной перемѣнѣ характера, именно къ превращенію чувствъ въ страсти, понимая терминъ «страсть» въ смыслѣ Канта, какъ привычный, шаблонный органическій недостатокъ, закрѣпленный физіологически [1]). Мрачность и злобность, будучи состояніями внутренняго раздраженія, готовыми импульсами, ждущими своего исхода, легко присоединяются у алкоголиковъ къ другимъ душевнымъ волненіямъ, замѣняя ихъ или видоизмѣняя. Значеніе и характеръ такой замѣны можемъ пояснить слѣдующими данными, заимствованными изъ судебной хроники разбиравшагося недавно въ Кіевскомъ окружномъ судѣ дѣла о звѣрскомъ убійствѣ Маріей Мизюрой своего мужа. По замѣчанію составителя судебной хроники [2]), лицо Маріи Мизюры *имѣетъ видъ не то тупости, не то холоднаго равнодушія ко всему, по временамъ-же освѣщается дикой злобой, и старые глаза ея, окруженные красными вѣками, принимаютъ отталкивающее выраженіе*. Подсудимая, прожившая одиннадцать лѣтъ съ пьянымъ мужемъ и сама пьяница, носила въ душѣ злость и ожесточеніе, ждавшія случая. Увидѣвши однажды съ просонковъ пьянаго мужа, спавшимъ за столомъ, подсудимая разсказываетъ: «посмотрѣла я на моего мучителя, такъ меня ровно кто-то подтолкнулъ—убей, да и кончено! Въ глаза бросилась довбешка, толкаетъ меня къ ней кто-то, приказываетъ...... Вотъ я взяла довбешку, да какъ стукну его по головѣ.... ну онъ упалъ и не пикнулъ, я еще разъ его ударила. Потомъ осмотрѣвшись, что никого нѣтъ, захотѣла перетащить его въ сарайчикъ. Тяжелый очень былъ, здоровый такой,— не могу. Тогда я взяла ножъ, хорошенько перерѣзала его пополамъ.

— Какъ-же вы могли перерѣзать такимъ ножомъ? спрашиваетъ предсѣдатель суда.

— Ого,—злобно улыбаясь, отвѣчаетъ подсудимая,—я мясо перерѣзала, а какъ дошло до спины, такъ я косточки и хрящики перерубила.

— Топоромъ перерубили?

---

[1]) Anthropologie § 78.

[2]) „Кіевлянинъ“, Декабрь 1895 года.

— Пускай будетъ и топоромъ..... До среды держала его въ сарайчикѣ подъ мокрымъ рядномъ, мѣшечки шила, чтобы было во что уложить......» Далѣе Марія Мизюра разсказываетъ, какъ рѣзала своего мужа на куски и цинически поясняетъ, точно бравируя своимъ преступленіемъ: «трудно его порѣзать, что-ли!..... Сначала нужно было тѣло обрѣзать, а потомъ кость перерубить или изъ суставчика вылущить.... Онъ меня пятнадцать лѣтъ перемучилъ, а я его разъ помучила, да хорошо».

Для характеристики психическаго состоянія Маріи Мизюры приведемъ показаніе ея дочери (свидѣтельницы). «Мать, неизвѣстно, любила-ли кого нибудь. Всѣхъ ненавидѣла, а меня въ особенности. Въ трезвомъ видѣ мать молчала и была обыкновенно угрюмой, но стоило ей немного выпить, и характеръ єя страшно измѣнялся. Выпивши, она становилась жестокой, а выпивала она часто. Иногда выпивши, мать запиралась съ дѣтьми въ хатѣ, била, таскала за волосы, а затѣмъ приходила въ неистовство, хватала ножъ и начинала его оттачивать, угрожая дѣтямъ, что сейчасъ начнетъ рѣзать ихъ на кусочки». Но, быть-можетъ, наилучшей характеристикой Маріи Мизюры служитъ ея последнее слово на судѣ. Въ послѣднемъ словѣ Марія Мизюра съ ожесточеніемъ замѣтила, дѣлая рѣшительный жестъ рукой.

— «Что тамъ говорятъ, что я не могла одна изрубить его. Да я тогда такая была, такая.... что чорта даже изрубила-бы, если-бы онъ мнѣ попался».

Изложенные выше факты касательно измѣненія ассоціацій и нарушенія состава чувствъ показываютъ, что обычныя разстройства у алкоголиковъ по существу сходны съ тѣми, которыя открыты Крепелиномъ путемъ психологическихъ экспериментовъ, но *превосходятъ ихъ размѣрами*. Клиническое изслѣдованіе алкоголиковъ показываетъ, что, въ большей части случаевъ, мы имѣемъ дѣло *не съ простыми затрудненіями и задержками въ ходѣ психическихъ процессовъ, но съ полными выпаденіями второстепенныхъ или существенныхъ частей*, не съ простымъ съуженіемъ русла, по которому протекаютъ нервные импульсы, но съ совершеннымъ закрытіемъ отдѣльныхъ протоковъ его, что—въ особенности отражается на эмоціональной сторонѣ душевной жизни.

Измѣненія чувства у алкоголиковъ наиболѣе замѣтны при наблюденіи ихъ образа жизни и на ихъ поведеніи.

Алкоголики, бывшіе предметомъ нашего наблюденія, принадлежатъ, большею частью, къ самому бѣдному классу населенія, безпріютному, жалкому, ютящемуся въ кабакахъ, ночлежныхъ домахъ, притонахъ. Они составляютъ особый міръ, гдѣ бѣдность, лѣнь, порокъ и алкоголь объединяютъ и окончательно смѣшиваютъ людей различнаго происхожденія, образованія и общественнаго положенія. Здѣсь есть

крестьяне, солдаты, бывшіе военно-служащіе, чиновники, промотавшіеся купцы, учителя, литераторы, именитые люди, которые порвали свои отношенія съ обществомъ, и отъ которыхъ отвернулись и отказались близкіе. Встрѣчая среди этой компаніи людей, про которыхъ товарищи ихъ по кабаку говорили намъ, какъ про бывшихъ именитыхъ людей изъ хорошаго общества, мы отказывались вѣрить въ ихъ прошедшее—до такой степени они понизились, снизойдя на ступень самаго обыкновеннаго пьяницы, въ которомъ уже нельзя было распознать первоначальный образъ. Подобную перемѣну производитъ только помѣшательство въ періодѣ вторичнаго слабоумія. Прежде бывшіе изящные джентельмены, посѣтители солоновъ и великосвѣтскихъ баловъ, обѣдавшіе въ лучшихъ ресторанахъ, ходятъ потомъ полунагіе, въ однѣхъ изорванныхъ резиновыхъ галошахъ разной формы, спятъ по ночлежнымъ домамъ, усваиваютъ обликъ и грубость кабацкаго житья и остаются совершенно тупыми относительно своего прошедшаго и настоящаго.

Между собою алкоголики различныхъ происхожденій поддерживаютъ связь, составляя особое сообщество съ начальниками и подчиненными, съ общими интересами, съ круговой порочной порукой. Женщины, входящія въ составъ этого сообщества, служатъ вину и пороку.

Алкоголики отличаются лѣнью, проводятъ время праздно, работаютъ только для насущнаго хлѣба, и если заработкомъ сегодняшняго дня обезпеченъ завтрашній, алкоголикъ не выходитъ на работу, проводя время во снѣ, кабацкомъ обществѣ и въ циническомъ общеніи съ кабацкими дамами.

Пища алкоголиковъ—сухоядѣніе и закуски сомнительнаго приготовленія въ недостаточномъ количествѣ и несвоевременномъ пріемѣ.

Одежда алкоголиковъ столь характерна, что по одному костюму, безъ всякихъ другихъ разслѣдованій, можно безошибочно опредѣлить пьяницу. Костюмъ алкоголиковъ состоитъ изъ такихъ предметовъ, которые *не могутъ быть ни заложены, ни проданы,* такъ какъ не имѣютъ никакой цѣнности. Это грязныя рубища и лохмотья, которыя погнушался-бы надѣть самый бѣдный человѣкъ и всякій нищій. Этотъ костюмъ не только жалокъ, но до послѣдней крайности грязенъ и неряшливъ. Отсутствіе хотя-бы малѣйшихъ заботъ о костюмѣ составляетъ отличительный признакъ принадлежности даннаго платья пьяницѣ. Все въ этомъ костюмѣ свидѣтельствуетъ о томъ, что владѣлецъ его вполнѣ утратилъ эстетическое чувство и въ равной мѣрѣ—чувство стыда. На мужчинахъ и женщинахъ—алкоголикахъ—безразлично надѣты части костюма, принадлежащаго другому полу, и это никого изъ нихъ не шокируетъ. Почти на всѣхъ фотографіяхъ, представленныхъ нами, костюмъ поражаетъ невиданной неряшливостью, онъ весь въ дырьяхъ

и заплатахъ, съ болтающимися клоками ваты и подкладки (см. Таб. VI-я). Если обратить вниманіе на заплаты, на внѣшній видъ костюма, на манеру носить его, то можно убѣдиться, не *только въ упадкѣ чувства* его владѣльца, но также *въ упадкѣ ума* и *вниманія*. Костюмъ большею частью надѣтъ неряшливо, наискосокъ, съ воротникомъ, который не расправленъ, а смятъ и скомканъ какъ тряпка (см. Табл. III-я фиг. 1-я, Табл. II-я фиг. 3-я и Табл. VI-я). Самая манера штопать платье и класть на немъ заплаты указываетъ не только на совершенную небрежность, но и на рѣшительный упадокъ техники, что должно быть объяснено *утратой вниманія* и *ослабленіемъ ума*. Весьма часто алкоголики ходятъ въ одномъ верхнемъ платьѣ, безъ бѣлья и почти всегда безъ обуви. Случайно появившійся у алкоголика порядочный костюмъ обращается, какъ и деньги, на пропитіе. *Куафюра* алкоголиковъ всегда въ поразительномъ безпорядкѣ; объ этомъ свидѣтельствуютъ почти всѣ наши фотографіи.

Времяпрепровожденіе алкоголистовъ—это большею, частью, бездѣліе и сонъ, а по временамъ вынужденная работа.

Ссоры, *грубая брань* и *драки* часты, и слѣды этого можно видѣть на тѣлѣ, въ особенности на физіономіяхъ, чего алкоголисты и не скрываютъ, лишь объясняя поврежденія случайностью.

Большая часть пьяницъ находится въ полномъ подчиненіи и рабствѣ у своихъ атамановъ, т. е. такихъ-же пьяницъ, но рѣшительныхъ и смѣлыхъ, которымъ безпрекословно подчиняется кабацкая толпа, эксплоатируемая своимъ самозваннымъ начальствомъ. Когда намъ понадобились фотографіи для настоящей работы, и мы предложили плату за право снять карточку, то, полученная каждымъ лицомъ, сумма поступала значительной долей атаманамъ. При ближайшемъ ознакомленіи нашемъ съ бытомъ пьяницъ оказалось, что странная эксплоатація есть неминуемое слѣдствіе алкоголизма: одни изъ пьяницъ дерзки и нахальны другіе—трусливы, запуганы, растеряны и подчиняются первымъ въ виду угрозъ. Эти угрозы—вовсе не пустой звукъ въ устахъ одичалыхъ и подъ часъ озвѣрѣвшихъ людей.

Работоспособность алкоголистовъ значительно понижена, вслѣдствіе затрудненія умственныхъ процессовъ (стр. 34—35-я) и ослабленія воли (стр. 34-я). Лѣнь есть слѣдствіе того и другого. Постоянное откладываніе работы является самымъ типическимъ признакомъ утомленія психическаго органа алкоголемъ. Алкоголисту болѣе всего труда представляетъ—приняться за дѣло (см. стр. 45-я). Работа алкоголистовъ со стороны технической является не точной, въ силу условій, указанныхъ выше на стр. 34—35-й. Для поясненія неточности работы, можемъ привести слѣдующій фактъ. Одинъ изъ выдающихся механиковъ точныхъ приборовъ заграницей передавалъ намъ, что если ему попадаются рабо-

чіе, употребляющіе напитки, хотя-бы умѣренно, онъ отказываетъ имъ въ работѣ, такъ какъ убѣдился, что работа ихъ, исполненная въ первые два дня послѣ выпивокъ, оказывается неточной и требуетъ убыточныхъ поправокъ. Лучшей иллюстраціей неточности работы и даже утраты техническихъ способностей служитъ способъ ставить заплату на костюмѣ, заплаты дѣляются, большею частью дамами алкоголиками.

Цинизмъ принимаетъ у алкоголиковъ самыя отвратительныя формы. Сближеніе половъ въ ночлежныхъ домахъ, кабакахъ и притонахъ происходитъ легко, безъ малѣйшаго стѣсненія и совершается на виду у всѣхъ.

Самоубійство и высокая смертность обычное явленіе у алкоголистовъ.

Для поясненія всего изложеннаго прилагаемъ фотографіи съ замѣчаніями.

Типы алкоголиковъ.

Таблица I-я.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица I.

Фиг. 1. Старикъ 53 лѣтъ, интеллигентный человѣкъ, бывшій учитель.

Мимика: 1) умѣренная слабость верхней орбитальной мышцы, (изглаживаніе вертикальныхъ складокъ надпереносья).

2) усиленное дѣйствіе лобной мышцы— m. front. безъ усиленнаго дѣйствія другихъ лобныхъ мышцъ.

3) опущеніе нижняго вѣка.

Складки на лбу имѣютъ строго горизонтальное направленіе,—это показываетъ, что лобная мышца не взяла полнаго перевѣса надъ орбитальной, и сохраняющееся дѣйствіе этой послѣдней придаетъ физіогноміи пріятный и привлекательный, въ нравственномъ смыслѣ, оттѣнокъ. Умѣренная слабость верхней и нижней обритальныхъ мышцъ, а также и остальныхъ мышцъ, управляемыхъ нижнимъ лицевымъ нервомъ, придаетъ физіономіи отпечатокъ утомленія.

Фиг. 2. Субъектъ 36 лѣтъ изъ интеллигентовъ. Masturbatio nimia.

Мимика: 1) ослабленіе дѣйствія верхней и нижней орбикулярныхъ, а равно верхней и нижней орбитальныхъ мышцъ съ сильнымъ паденіемъ нижняго вѣка (широко открытые глаза).

2) ослабленіе всѣхъ мышцъ, управляемыхъ нижнимъ лицевымъ нервомъ.

3) усиленіе дѣйствія лобной мышцы,—m. front.

4) усиленіе дѣйствія сдвигающей брови—m. corrug.

Фиг. 3. Субъектъ 56 лѣтъ.

Мимика: 1) усиленіе дѣйствія лобной мышцы (m. front.).

2) ослабленіе верхней орбитальной мышцы (изглаживаніе вертикальныхъ складокъ надпереносья).

Выраженіе: значительная степень нравственной растерянности.

Фиг. 4. Субъектъ 38 лѣтъ.

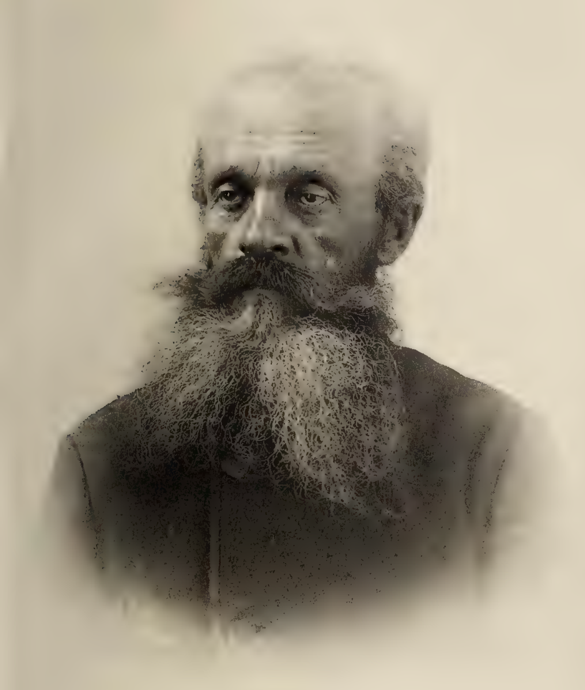
Мимика: 1) умѣренное усиленіе дѣйствія лобной мышцы, (m. front).

2) умѣренное сокращеніе мышцы сдвигающей брови (m. corrug).

3) умѣренное расширеніе глазной щели (слабость m—l. orbicularis oculi).

Выраженіе: отпечатокъ умѣренной нравственной растерянности.

Табл. I.



Фиг. 1.



Фиг. 2.



Фиг. 3.



Фиг. 4.

Свѣтопечать С. В. Кульженко. Кіевъ.

Типы алкоголиковъ

Таблица II-я.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица II.

Фиг. 1. Субъектъ 35 лѣтъ изъ интеллигентовъ.

Мимика: 1) усиленіе дѣйствія лобной мышцы—m. front. (горизонтальныя складки лба).

2) ослабленіе верхней орбитальной мышцы—m. orbit. sup. (сглаживаніе вертикальныхъ складокъ надпереносья).

3) ослабленіе всей круговой мышцы глазъ—m. orbic. oculi (широко открытые глаза).

4) ослабленіе всѣхъ мышцъ управляемыхъ нижнимъ лицевымъ нервомъ.

Фиг. 2. Субъектъ 57 лѣтъ. Съ виду скромная и богобоязненная, отъ предложенныхъ за фотографію денегъ отказалась, но попросила дать ей какое—нибудь платье. Получивши кое—какой костюмъ и двойную плату, ушла и немедленно продала вещи и всѣ деньги пропила.

Мимика: 1) ослабленіе дѣйствія круговой мышцы глазъ (широко открытые глаза).

2) усиленіе дѣйствія лобной мышцы (горизонтальныя складки лба).

3) усиленіе дѣйствія сдвигателя бровей (косое положеніе бровей).

4) усиленіе дѣйствія квадратной мышцы верхней губы—quadratus lab. sup.

5) усиленіе дѣйствія мышцы опускающей уголъ рта—m. triang. menti.

Изъ описанныхъ мимическихъ знаковъ—сокращеніе сдвигателя бровей вмѣстѣ съ опущеніемъ угловъ рта обозначаетъ: *печаль;* остальныя изъ описанныхъ признаковъ лишены выразительнзго характера и указываютъ на хроническій алкоголизмъ.

Фиг. 3. Субъектъ 45 лѣтъ, изъ простого класса.

Мимика: усиленіе дѣйствія лобной мышцы; широко открытые глаза.

Фиг. 4. Субъектъ 28 лѣтъ, изъ рабочихъ.

Мимика: 1) рѣзкое сокращеніе лобной мышцы съ одной стороны болѣе, чѣмъ съ другой.

2) рѣзкая слабость круговой мышцы глазъ.

3) слабое сокращеніе мышцъ, управляемыхъ лицевымъ нервомъ.

4) внутреннее косоглазіе.

Костюмъ: неряшливъ, крайне изорванъ, съ заплатами, плохо приставленными и зашитыми бѣлыми нитками. Волосы въ безпорядкѣ.



Фиг. 1.



Фиг. 2.



Фиг. 3.



Фиг. 4.

Свѣтопечать С. В. Кульженко. Кіевъ.

Типы алкоголиковъ

Таблица III-я.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица III.

Фиг. 1. Субъектъ 27 лѣтъ, пьетъ съ самой ранней юности.

Мимика: 1) усиленіе сокращенія лобной мышцы (высокое стояніе бровей со складками на лбу).

2) слабость верхней орбитальной мышцы.

3) значительное усиленіе дѣйствія квадратной мышцы верхней губы —m. quadrat lab. sup. (углубленіе носогубной складки съ образованіемъ ряда складокъ, идущихъ отъ внутренняго угла глаза см. выше стр. 41). Верхнее и нижнее вѣко отечны, почему глаза не кажутся раскрытыми такъ широко, какъ на таблицѣ II; кромѣ того, вслѣдствіе сильнаго сокращенія квадратной мышцы, кожа щеки и нижнее вѣко перемѣщены вверхъ—что также содѣйствуетъ уменьшенію глазной щели.

Фиг. 2 представляетъ собою пьяницу, у котораго кокетство составляетъ отличительную черту, считаетъ себя «*очень антиреснымъ*» субъектомъ, утверждаетъ, что никогда не бываетъ трезвъ, кокетничаетъ своей оборванностью.

Фиг. 3 и 4. Кабацкія подруги; изъ нихъ та, что въ черномъ платкѣ—старая сифилитка, другая—въ клѣтчатомъ платкѣ—этимъ не страдала.

Мимика у обѣихъ одинаковая:

1) усиленное сокращеніе лобной мышцы.

2) рѣзко усиленное сокращеніе квадратной мышцы верхней губы.

3) глаза прищурены отъ яркаго свѣта и отъ сильнаго сокращенія квадратной мышцы, также отъ припухлостей вѣкъ, выраженной болѣе у дамы въ черномъ платкѣ. У этой послѣдней, кромѣ того, замѣчается умѣренное сокращеніе сдвигателя бровей—corrug. suprc., чего у ея подруги не замѣтно. Обѣ подруги по чертамъ физіономіи въ значительной степени лишены *человѣческаго образа*, вслѣдствіе алкогольнаго измѣненія мимики: выраженіе лица у обѣихъ—непріятное и отталкивающее.

Табл. III.







Фиг. 1.

Фиг. 2.



Фиг. 3.

Фиг. 4.

Свѣтопечать С. В. Кульженко. Кіевъ.

Типы алкоголиковъ.

Таблица IV-я.

„КАБАЦКІЙ АДВОКАТЪ И ЕГО ПОДНАЧАЛЬНЫЙ".

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица IV.

„Кабацкій адвокатъ и его подначальный".

Фигура представляетъ кабацкаго адвоката и его подначальнаго. Первый изъ нихъ—бывшій купецъ, потомъ промотавшійся и спившійся, слыветъ въ кабакахъ за человѣка большого ума и пишетъ бойкимъ языкомъ кляузныя прошенія, направляя ихъ съ дерзостью въ самыя высокія сферы; отличается большимъ самомнѣніемъ и ухарствомъ, что видно въ его позѣ, по слегка откинутой назадъ головѣ; онъ обыкновенно ходитъ съ бумагой подъ мышкой и съ перомъ за ухомъ, какъ эмблемами своей профессіи. Слѣды алкоголизма видны ясно, по испитому и ослабленному лицу и по ослабленной мускулатурѣ тѣла, замѣтной въ позѣ. (Слабость круговой мышцы глазъ незамѣтна, вслѣдствіе прищуриванія глазъ, вызваннаго смотрѣніемъ вверхъ).

Товарищъ его горькій пьяница, не помнитъ себя трезвымъ, рекомендуетъ себя «пьяницей», «с.... сыномъ»; по его собственнымъ словамъ, *трезвымъ быть не можетъ, ибо сила его тогда совершенно погибаетъ*», «*питается одной водкой*». Крайне малокровенъ, блѣденъ, слабъ. Физіогномическіе признаки пьянства выражены ясно, а именно:

1) лобная мышца сокращена (первый признакъ).

2) круговая мышца глазъ слаба (второй признакъ).

3) сокращеніе квадратной мышцы верхней губы усилено (третій признакъ),

4) произвольныя движенія слабы; также слабы и медленны движенія глазъ.

5) глаза безжизненны и томны, вслѣдствіе слабости сердца и упадка питанія.

Табл. IV.



Свѣтопечать С. В. Кульженко. Кіевъ.

„Кабацкій адвокатъ и его подначальный“.

Типы алкоголиковъ.

Таблица V-я.

„КАБАЦКІЕ ТОВАРИЩИ".

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица V.

„КАБАЦКІЕ ТОВАРИЩИ“.

Табл. V представляетъ *товарищей по кабаку*, снятыхъ сидящими на берегу Днѣпра, на кучѣ лѣсного матеріалла (досокъ).

Фигура 1-я—съ разстегнутой и снизу разорваной рубахой, ноги босикомъ, волосы всклокочены. Лобная мышца (первый признакъ) и квадратная верхней губы (второй признакъ) сокращены ясно, лицо отечное и носитъ отпечатокъ типической алкогольной огрубѣлости. Въ психическомъ отношеніи замѣчается у этого субъекта значительное ослабленіе всѣхъ чувствъ кромѣ тѣхъ, которыя связаны непосредственно съ физическими ощущеніями. Сложныя высшія чувства утрачены; изъ простѣйшихъ высшихъ чувствъ стыдъ и страхъ почти вполнѣ потеряны.

Вторая фигура этойже таблицы представляетъ субъекта съ большими, всклокоченными и перевязанными снуркомъ волосами, въ сапогахъ изорванныхъ, изъ которыхъ торчатъ пальцы ногъ; безымянный палецъ лѣвой руки завязанъ тряпочкой—слѣдствіе драки, въ которой палецъ былъ укушенъ субъектомъ, № 1-й. Квадратная мышца верхней губы (третій признакъ) рѣзко сокращена.

У ногъ предыдущихъ субъектовъ сидитъ третій товарищъ, въ совершенно изорванной обуви, съ мрачнымъ и слегка злобнымъ выраженіемъ (сокращены квадратныя мышцы лица и пирамидальная мышца носа). У всѣхъ трехъ описанныхъ фигуръ круговая мышца глазъ сокращена вслѣдствіе яркаго солнечнаго дня.

Табл. V.



Свѣтопечать С. В. Кульженко. Кіевъ

„Кабацкіе товарищи“.

Типы алкоголиковъ.

Таблица VI-я.

„КАБАЦКОЕ СОЖИТІЕ“.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица VI.

„КАБАЦКОЕ СОЖИТІЕ".

Табл. VI представляетъ мужчину и женщину—типъ *кабацкаго сожитія*; *онъ* побывавшій въ тюрьмѣ, *она*—пьяница, развратница, называетъ себя гражданской женой.

Онъ одѣтъ, несмотря на лѣтній день, въ теплое, совершенно изорванное пальто съ торчащими повсюду клоками ваты, съ многочисленными заплатами, сдѣланными изъ перваго попавшагося матеріала; съ изорванной фуражкой. Лобная мышца и квадратная верхней губы сокращены, глаза прищурены отъ яркаго свѣта. Мимика обѣихъ половинъ лица не симметрична. Поза и лицо выражаютъ рѣшительность, но эта рѣшительность зависитъ не отъ силы воли, а отъ напряженности страстей, именно—отъ присутствія элемента *злобности* въ душѣ (сокращеніе пирамидальной мышцы носа). Комбинація этихъ состояній обозначаетъ *злобную рѣшимость*.

Она одѣта приличнѣе его, но безъ обуви. На лицѣ ея рѣзко выступаютъ типическіе знаки пьянства: сокращеніе лобной и квадратной мышцъ. Но кромѣ того замѣчается также сокращеніе пирамидальной мышцы носа—что указываетъ на элементъ злобности въ душѣ. Кромѣ этихъ выраженій опредѣлялось, при осмотрѣ *ея* въ натурѣ, ясное сокращеніе *поперечной мышцы* носа (складки кожи по бокамъ носа) и *большой скуловой мышцы* (широко оттянутые наружу углы рта). Совмѣстное сокращеніе двухъ поименованныхъ сейчасъ мышцъ обозначаетъ сладострастное самочувствіе. Значеніе этого самочувствія усиливается еще и тѣмъ, что *она* держитъ голову и глаза—*кокетливо* (слегка наклоненная внизъ и на бокъ голова и глаза изподлобья и наискосокъ). Всѣ перечисленные мимическіе признаки, вмѣстѣ взятые, обозначаютъ *половую страсть и вызовъ къ ней путемъ кокетства*. Въ виду возраста кокетки, описанныя физіогномическія черты представляютъ собою не болѣе, какъ *подогрѣтую виномъ похотливость и безстыдство старой женщины*.

Физіогномическія выраженія обѣихъ фигуръ дополняютъ одна другую, указывая на энергію, вытекающую изъ дурныхъ страстей у *него* и на безстыдную чувственность у *нея*.

По его собственнымъ словамъ: *онъ живетъ съ нею, какъ господа живутъ, это дѣло—такое*. Послѣднія три слова въ живой рѣчи были подчеркнуты интонаціей.



Свѣтопечать С. В. Кульженко Кіевъ.

„Кабацкое сожитіе“.

Типы алкоголиковъ.

Таблица VII-я.

„MERETRIX—POTATRIX“.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица VII.

„MERETRIX—POTATRIX".

Табл. VII представляетъ типичную пьяную, порочную женщину— необходимую принадлежность и дополненіе кабака. Она носитъ всѣ черты алкоголизма, а именно:

1) лобную мимику.

2) широко открытые глаза.

3) рѣзко сокращенную квадратную мышцу верхней губы.

Т. е. первый, второй и третій признаки. Эта комбинація, притомъ рѣзко выраженная, придаетъ физіогноміи отталкивающее выраженіе. Но выраженіе это еще болѣе усиливается рѣзкимъ сокращеніемъ пирамидальной мышцы носа (злость, злобность) и широкимъ ртомъ (признакъ вырожденія). Всѣ же исчисленные признаки, вмѣстѣ взятые, дѣлаютъ физіогномію не только отталкивающей, но и отвратительной. Это именно та физіогномія, которая, по выраженію художника, оскорбляетъ взоръ. Впечатлѣніе общей картины усиливается, какъ это видно на фотографіи, почти полной неподвижностью глазъ, свидѣтельствующей о беззастѣнчивости и цинической смѣлости, съ которою эта кабацкая дама, лишенная стыда, смотритъ на все.

По всей вѣроятности нѣкоторыя черты характера и мимики даны отъ природы и типично усилены алкоголемъ.

Табл. VII.



Светопечать С. В. Кульженко. Кіевъ.

„Meretrix— Potatrix“.

Типы алкоголиковъ.

Таблица VIII-я.

„Пьяница-Ругательница“.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица VIII.

„ПЬЯНИЦА—РУГАТЕЛЬНИЦА".

Табл. VIII представляетъ собою типичный примѣръ *пьяницы—ругательницы*; она, обыкновенно при малѣйшемъ поводѣ, неудержимо кричитъ, ссорится, и ругается несвойственными ея полу «*мущинскими*» словами. Это — неудержимая, безстыдная, злостная ругательница. Лицо блѣдное. Руки сложены на груди это—обыкновенная ея поза: орудіе ея дурного нрава—языкъ, а не руки. На лицѣ замѣтно рѣзкое сокращеніе квадратной мышцы верхней губы (quadratus lab. sup.) и мышцы сдвигающей брови (corrugator supercilii). Эти мышцы выражаютъ *печаль и дурное расположеніе духа*. Названныя чувства, при малѣйшемъ поводѣ, переходятъ у нея въ гнѣвъ и злобу и разрѣшаются крикомъ съ непередаваемыми ругательствами и словоизверженіями. Обращеніе къ ней, даже самое предупредительное, не обезпечиваетъ мирнаго исхода разговора. Ее лучше не трогать, и въ кабацкомъ мірѣ она слыветъ за безпардонную ругательницу. Безстыдныя, ругательскія слова льются у нея неудержимымъ потокомъ, представляя исходъ накопившагося въ ней дурнаго расположенія духа.

Табл. VIII.



Свѣтопечать С. В. Кульженко. Кіевъ.

„Пьяница—Ругательница“.

Типы алкоголиков.

Таблица IX-я.

„Безпробудное пьянство“.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица IX.

„БЕЗПРОБУДНОЕ ПЬЯНСТВО“.

Табл. IX представляетъ собою *безпробуднаго пьяницу*. Рядомъ, подбоченившись, случайный товарищъ его жизни и пороковъ. Выраженіе лица у *него* еще не носитъ рѣзкихъ знаковъ пьянства, но сокращеніе квадратной мышцы верхней губы уже замѣтно. Главная черта его физіогноміи—это припухшее лицо вслѣдствіе алкогольной гипереміи, усиливаемой почти безпрерывнымъ сномъ, въ которомъ онъ находится подъ вліяніемъ вина. Состояніе его представляетъ собою начальный періодъ пьянства—*сплошной алкогольный наркозъ*, но еще не вызвавшій органическихъ разстройствъ въ психической сферѣ и въ физіогноміи.

Наименованіе «безпробудный пьяница» какъ и предыдущіе термины взяты съ натуры; такъ аттестовали этого субъекта его товарищи по кабаку.

Табл. IX.



Свѣтопечать С. Р. Кульженко. Кіевъ.

„Безпробудное пьянство“.

Типы алкоголиковъ.

Таблица X-я.

„КАБАЦКІЙ АТАМАНЪ И ЕГО ПОДЧИНЕННЫЕ“.

Объясненіе къ этой таблицѣ см. на оборотѣ.

Таблица X.

„КАБАЦКІЙ АТАМАНЪ И ЕГО ПОДЧИНЕННЫЕ“.

Табл. X представляетъ собою кабацкаго атамана и его подчиненныхъ. Онъ (атаманъ), читавшій «Петербургскія трущобы» и потому считающій себя интеллигентнымъ человѣкомъ, относится къ своей братіи — пьяницамъ презрительно; на предложеніе позволить себя фотографировать согласился подъ условіемъ значительнаго вознагражденія, такъ какъ «снимающій будетъ печатать книгу на подобіе Петерб. Трущобъ и заработаетъ, благодаря намъ—оборванцамъ тьму денегъ». По словамъ своихъ товарищей (команды) атаманъ—самый крѣпкій пьяница въ Кіевѣ—его никто не перепьетъ. Атаманъ держитъ свою братію въ совершенномъ повиновеніи и страхѣ. Рядомъ, сидящая полулежа, фигура съ обнаженными икрами представляетъ выраженіе *беззаботности и пьяной нѣжности* сомнительнаго характера. Слѣдующая фигура въ солдатской шинели представляетъ выраженіе *алкогольной веселости и легкомыслія*. Слѣдующая затѣмъ фигура носитъ на себѣ печать *алкогольной мрачности*.

Этимъ оканчиваемъ нашъ очеркъ.... Пора выйти на свѣтъ изъ удушливой атмосферы кабака, чтобы найти свѣжій уголокъ и вдохнуть живительную струю здороваго, не пропитаннаго *виномъ*, воздуха. Но и на обширнѣйшемъ пространствѣ не найти такого уголка! Повсюду проникла, вездѣ свирѣпствуетъ непрекращающаяся *алкогольная эпидемія*, въ которой гибнетъ здоровье, сила и нравственность лучшаго изъ народовъ Европы—русскаго народа!



Табл. X.



Свѣтопечать С. В. Кульженко Кіевъ.

„Кабацкій Атаманъ и его подчиненные“.

Къ вопросу о строеніи капилляровъ мозговой коры.

(Изъ лабораторіи профессора Jolly въ Берлинѣ).

Докторанта Михаила Лапинскаго.

Вопросъ о мелкихъ капиллярахъ головного мозга—ихъ физіологическомъ строеніи спеціально—мало подымался въ литературѣ; только тотъ или другой авторъ лишь мимоходомъ посвящалъ имъ нѣсколько строкъ. Въ послѣдніе 10 лѣтъ ими вообще перестали заниматься, и, насколько можно судить изъ журнальныхъ отчетовъ о текущихъ работахъ, такихъ изслѣдованій было 2—3. Изъ нихъ новѣйшая работа по этому поводу принадлежитъ Кронталю [1]), ассистенту профессора Менделя, появившаяся въ видѣ очень краткаго предварительнаго сообщенія. Можетъ быть, благодаря недостаточному интересу къ этому вопросу или, можетъ быть, въ силу недостаточности инструментовъ прежняго времени, или самой техники изслѣдованія, или, наконецъ, что можетъ быть наиболѣе важно, неособенной ясности свѣдѣній по этому вопросу въ общей литературѣ капилляровъ вообще, и здѣсь также въ частномъ вопросѣ о физіологическихъ качествахъ капилляровъ мозга, въ деталяхъ, которыхъ можно считать основательными, современныя свѣдѣнія оказываются до сихъ поръ или недостаточно ясными или неточными.

Такъ напримѣръ, относительно volumen капилляровъ современные авторы высказываются, что минимумъ толщины капилляровъ тѣла вообще равенъ 0,007 mm.=7 μ. Но самые тонкіе капилляры суть мозговые, ихъ минимальная толщина равна 0,0045. Въ тоже время существуетъ сообщеніе Dc. Кронталя, который описываетъ сосудцы толщиной въ 0,002 mm. и называетъ ихъ лимфатическими. Но такъ какъ одна изъ характерныхъ чертъ лимфатическихъ сосудовъ есть та, что они шире кровеносныхъ, то возникаетъ два сомнѣнія: или авторъ ошибся въ опре-

---

[1]) Neurologisches Centralblatt 1889.

дѣленіи лимфатической природы этихъ тончайшихъ сосудцевъ, или существуютъ настолько тонкіе кровеносные капилляры, что описываемые Kronthal'емъ тончайшіе сосудцы, будучи лимфатическими, всетаки подтверждаютъ общее правило о большемъ объемѣ лимфатическихъ по сравненіи съ кровеносными сосудами.

Далѣе современными авторами совершенно отрицается adventitia на тонкихъ капиллярахъ, а изъ этого отрицанія внѣшней оболочки возникаютъ весьма интересные вопросы для невропатологовъ при разныхъ патологическихъ состояніяхъ сосудовъ. Такъ напримѣръ, Löwenfeld описываетъ при гемиплегіяхъ зернистое измѣненіе intimae маленькихъ артеріальныхъ вѣточекъ мозга, имѣющихъ, разумѣется, толстую стѣнку, состоящую изъ нѣсколькихъ оболочекъ. Изъ этого описанія выходитъ, что отдѣльныя клѣтки intimae страдаютъ, погибаютъ, распадаются на глыбки, и послѣднія плывутъ по теченію. Процессъ тянется по *автору* и дальше на капилляры, гдѣ при этомъ видны трещины и распаденіе ядеръ intimae, т. е., другими словами, и погибель клѣтокъ ея (и значитъ самой цѣлости капилляра). Большіе переходные капилляры, имѣющіе подобно артеріямъ adventitiam, безспорно должны нѣкоторое время всетаки сохранять внѣшній видъ сосуда и препятствуютъ благодаря своей adventitiae выходу этихъ глыбочекъ распада и крови въ окружающія ткани. Какъ же при этомъ содержатся маленькіе капилляры, въ которыхъ adventitia отрицается? Страдаютъ ли они при этомъ, образуя родъ зернистыхъ глыбокъ, отвѣчающихъ своимъ направленіемъ положенію капилляра? Погибаютъ ли они при этомъ окончательно и оставляютъ этимъ свободный выходъ содержимаго соединенныхъ съ ними большихъ сосудцевъ въ ткани? Или же они вовсе не заболѣваютъ? Отвѣта нѣтъ у авторовъ. А между тѣмъ описаніе это сдѣлано на основаніи случаевъ кровоизліянія въ мозгу на почвѣ артеріосклероза. Заболѣванія подобныя очень часто встрѣчаются въ области невропатологіи, и для пониманія случая, предсказанія и т. д. въ высшей степени важно знать, что дѣлается при этомъ съ остальными сосудами вообще и въ частности съ тонкими капиллярами.

Отрицаніе здѣсь adventitiae, при отсутствіи подробнаго описанія измѣненій маленькихъ капилляровъ плохо помогаетъ ясности положенія. Мы знаемъ далѣе, что Charcôt и Bouchard при томъ же процессѣ кровоизліянія находили періартеріитъ, давали ему громадное значеніе въ этіологіи заболѣванія, образованія аневризмъ и послѣдующемъ кровоизліяніи. Они предположили, что если этотъ процессъ распространяется на всю кровеносную систему мозга, то и на тонкіе капилляры. Это замѣчаніе было очень важно, но оно не было доказано авторами, и остается безъ всякаго значенія уже по одному тому, что periarteriitis разыгрывается въ adventitia и для своего распространенія

на тончайшіе капилляры нуждается прежде всего въ той самой adventitiae, существованіе которой на тонкихъ капиллярахъ отрицается.

Точно также мало извѣстно нормальное отношеніе другъ къ другу оболочекъ adventitiae и intimae на сосудахъ, гдѣ adventitia признается, а между тѣмъ авторы описываютъ растяженіе adventitiae и въ этомъ состояніи видятъ нѣчто патологическое.

Точно также почти ничего не говорится о просвѣтѣ этихъ капилляровъ, о ихъ способности пропускать кровь по своимъ путямъ при нормальномъ ихъ состояніи и при патологическомъ.

Далѣе весьма мало упоминается о содержимомъ этихъ капилляровъ въ нормальныхъ и патологическихъ случаяхъ. Ровно ничего не говорится о возможныхъ легкихъ измѣненіяхъ стѣнокъ сосудовъ; описываются лишь только очень серьезныя ихъ измѣненія такія какъ гіалиновое, гликогенное, коллоидное и др. довольно рѣдкія формы и т. д.— патологія капилляровъ представлена еще бѣднѣе, чѣмъ физіологія ихъ.

Эти пробѣлы кажутся, однако, болѣе понятными, если вспомнить какъ недавно еще возникли свѣдѣнія о волосныхъ сосудахъ и о точномъ ихъ строеніи.

I.

Общее ученіе о капиллярахъ до 60 годовъ сводилось къ очень простому представленію объ очень тонкихъ трубочкахъ, имѣющихъ извѣстный просвѣтъ и стѣнку, состоящую изъ совершенно безструктурной однородной оболочки. Это ученье, державшееся очень прочно, было впервые поколеблено почти одновременнымъ сообщеніемъ Hoyer'a [1]), Eberth'a [2]), Aeby [3]) и Хржонщевскаго [4]), извѣщавшими, что они въ считавшихся прежде однородными стѣнкахъ капилляровъ открыли клѣтки, имѣющія опредѣленныя границы, и которыя можно было изолировать дѣйствуя растворомъ 35% КНО (Aeby, Eberth). И съ этимъ открытіемъ устанавливается болѣе точное понятіе о ихъ структурѣ. Другіе ученые начали изслѣдовать тотъ же вопросъ, провѣрять сдѣланное сообщеніе и не только убѣдились въ дѣйствительности его, но оказались въ состояніи итти уже и далѣе, такъ что еще въ томъ же году (1865) Auerbach [5]) высказалъ мнѣніе, что капилляры образуются сплавленіемъ клѣтокъ другъ съ другомъ ихъ краями, а просвѣтъ капилляра есть лишь

---

[1]) Archiv für Anatomie 1865.

[2]) 1) Sitzungsbericht der Med. Gesellschaft zu Wüszbúrg 1865. 2) Medicin. Centralblatt 1865.

[3]) Centralblatt für med. Wissenschaft 1865.

[4]) Virchow's Archiv 1866 Bd. 35.

[5]) Jbidem.

межклѣточное пространство. Три года спустя Boloch [1]) (1868) доказалъ существованіе ядеръ въ клѣткахъ, составляющихъ стѣнки капилляровъ, и увидѣлъ въ этихъ ядрахъ медленное движеніе протоплазмы, что ставило его открытіе внѣ всякаго сомнѣнія; позднѣе Голубовъ [2]) доказалъ это на капиллярахъ membrana hyaloidea глаза лягушки, дѣйствуя индуктивнымъ токомъ. Съ увеличеніемъ наблюденій оказалось возможнымъ внести еще болѣе подробныя свѣдѣнія о строеніи стѣнки капилляра. До сихъ поръ она считалась однослойной, хотя и состоящей изъ отдѣльныхъ клѣтокъ. Но мало-по-малу стали накопляться факты, заставлявшіе предполагать существованіе нѣсколькихъ оболочекъ въ стѣнкѣ; такъ и Хржонщевскій [3]) (1866), на препаратахъ, изготовленныхъ имъ по своему способу серебренія стѣнки, наблюдалъ нѣсколько капилляровъ, въ которыхъ связь между отдѣльными капиллярами была нарушена, и тѣмъ не менѣе стѣнка капилляра тянулась неизмѣнно.

Ивановъ [4]) видѣлъ на болѣе толстыхъ капиллярахъ membranae hyaloideae глаза лягушки—уже тоненькую adventitiam, состоящую по его мнѣнію изъ сѣти тонкихъ волоконецъ, представляющихъ отростки соединительно—тканныхъ клѣтокъ.

Legros [5]) высказалъ въ 1868 г. убѣжденіе, что подобно большимъ и малымъ артеріямъ капилляры тоже должны имѣть adventitiam и что особенно должно это относиться къ капиллярамъ мозга, такъ какъ одинъ слой эндотелія, клѣтки котораго соединены настолько рыхло, что при изслѣдованіи даже совершенно здоровыхъ капилляровъ отъ только что убитыхъ животныхъ ихъ можно всегда найти отдѣленными другъ отъ друга, одинъ слой такихъ клѣтокъ не могъ бы выдержать напора крови. На ряду съ этимъ теоретическимъ требованіемъ онъ описываетъ, что дѣйствительно видѣлъ ее въ видѣ безструктурной, безъядерной оболочки, (membranae Bichat) которая иллюстрирована соотвѣтствующими рисунками. Судя по этимъ послѣднимъ можно думать, что авторъ имѣлъ дѣло съ большими переходными капиллярами не тоньше 0,012 mm. Eberth [6]) нашелъ въ1868 г. именно у молюсковъ Celophorca на капиллярахъ толщиной 0,01 m. adventitiam въ 0,0017 m. Какъ и у Legros она представляется безструктурной безъядерной оболочкой, утончающейся съ утонченіемъ самаго сосудца, такъ что на капиллярахъ тоньше 0,007 m. она уже отсутствуютъ. Тотъ же авторъ [7]) 2 года спустя, работая надъ

---

[1]) Centralblatt für med. Wissenschaft 1868.

[2]) Archiv für Mikros. Anatomie Bd. V.

[3]) Loco citato.

[4]) Medicini'ches Centralblatt 1866.

[5]) Journal de Anatomie et Physiologie 1868.

[6]) Würzburger Naturwissenschaft. Zeitschrift 1868.

[7]) Eberth: Bluth=ünd. Limphgefässe des Gehirns. Virchow's Arch. 49 Bd·

сосудами мозга, подтвердилъ вполнѣ наблюденіе Legros, нашелъ подобно ему adventitiam на мелкихъ артеріяхъ и на переходныхъ капиллярахъ въ видѣ очень нѣжнаго влагалища, облекавшаго послѣдніе. Но подобно тому какъ у молюсковъ и здѣсь болѣе тонкіе капилляры такой adventitiae не имѣли. Наблюденіями другихъ авторовъ (Arnold, Klein, Burdon—Sanderson, Kölliker и др.) вопросъ о существованіи adventitiae капилляровъ выяснился такъ, что въ 1873 году Eberth [1]) не находитъ возможнымъ сказать что либо противъ существованія adventitiae capillaris, но разумѣетъ при этомъ лишь большіе капилляры. Маленькіе же волосные сосудцы состоятъ по его мнѣнію изъ трубкообразной протоплазмы—предполагая ее совершенно однородной.

Болѣе тонкое строеніе adventitiae изучено этимъ же авторомъ [2]) на сосудахъ молюсковъ. Окрасивъ эти сосудцы, имѣвшіе adventitiam, ляписомъ, онъ доказалъ, что считавшаяся безструктурной adventitia состоитъ изъ клѣтокъ, которыя онъ назвалъ клѣтками перителія, клѣтки склеены другъ съ другомъ краями, имѣютъ ядро, но нѣкоторыя изъ нихъ безъядерныя. Размѣры изслѣдуемыхъ сосудовъ не приведены, но судя по всему, дѣло идетъ о мелкихъ артеріяхъ и о большихъ капиллярахъ. Пять лѣтъ спустя Axel Key и Retzius [3]) въ своей монографіи о сосудахъ мозга отводятъ нѣсколько строкъ строенію капилляровъ и говорятъ съ большей опредѣленностью о ихъ составѣ изъ intimae и adventitiae, отмѣчаютъ, что ядра intimae отличаются отъ таковыхъ adventitiae своей формой и именно первыя—продолговатыя, вторыя—круглыя. Кромѣ того они прибавляютъ еще одну анатомическую особенность adventitiae: послѣдняя имѣетъ на себѣ нѣкоторые отростки, укрѣпляющіе ее въ мозгу. Повидимому всетаки рѣчь идетъ о переходныхъ большихъ капиллярахъ; такъ по крайней мѣрѣ можно думать по рисунку, гдѣ представленъ капилляръ въ 0,008 mm. Сами авторы не прилагаютъ размѣровъ добытыхъ капилляровъ, а изъ работы вовсе не вытекаетъ, что ихъ данныя касаются одинаково толстыхъ и тончайшихъ капилляровъ, и такъ какъ работы предшествующихъ авторовъ (Eberth, Legros и др.) оттѣняли постоянно, что тончайшіе капилляры не имѣютъ adventitiae, то это положеніе, спеціально не оговоренное, оставалось обязательнымъ и для работы Key и Retzius, и осталось такимъ же твердымъ положеніемъ послѣ нихъ для всѣхъ послѣдующихъ изслѣдователей по этому поводу. Такъ Hoffman [4]) спустя 3 года (1878) говоритъ, что тонкіе капилляры вообще состоятъ изъ одной только эндотеліальной трубки, что adventitiam они не имѣютъ, что ядра эндотелія имѣютъ продолговатую форму

---

[1]) Штрикеръ loco citato 1873.

[2]) Virchow's Archiv 49. Loco citato.

[3]) Studien über Central Nerven-Organ Stockholm 1875.

[4]) Lehrbuch der Anatomie 1878.

и т. д.; тѣмъ не менѣе и у него встрѣчается очень странное, съ точки зрѣнія его самого, отрицающаго adventitiam, заявленіе; онъ именно говоритъ о томъ, что на тончайшихъ капиллярахъ ядра по мѣстамъ лежатъ по двое вмѣстѣ, что казалось бы избыточнымъ. Далѣе онъ тоже находитъ и ядра другой формы: именно на мѣстахъ развѣтвленій таковыя шире, звѣздообразной формы снабжены 3—4 отростками. Еще далѣе авторъ, считая капилляры однослойными, эндотеліальными трубками, находитъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ два разнородныхъ слоя въ стѣнкѣ-именно на нѣкоторыхъ капиллярахъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ онъ замѣтилъ еще и тончайшую оболочку, которую онъ называетъ membrana elastica primitiva т. е. отождествляетъ ее съ membrana fenestrata-эластической безструктурной безъядерной оболочкой, на которой лежитъ эндотелій въ артеріяхъ. Этотъ же авторъ между прочимъ пытается установить предѣльныя величины капилляровъ и, на основаніи работъ Келликера, существующихъ другихъ свѣдѣній по этому поводу и, вѣроятно, своихъ собственныхъ наблюденій, считаетъ, что самые тонкіе капилляры суть капилляры мозга, что минимальная толщина ихъ 0,0045. Тѣмъ не менѣе и это маленькое указаніе на какую то подозрительную оболочку, отвѣчающую по автору membrana fenestrata, не кажется самому автору способной называться и исполнять функцій adventitiae. Другіе же авторы на это указаніе не обратили вниманія или не сочли ее доказанной.

Такъ что въ 1881. Wernicke [1]), говоря о строеніи тончайшихъ капилляровъ, отрицаетъ совершенно на ней adventitiam. Въ 1886 году опубликовано предварительное сообщеніе объ adventitia capillaris прф. Mayer'омъ [2]). Авторъ мацерируя—membranam hyaloideam глаза лягушки 1—4 сутокъ въ растворѣ хлоралъ гидрата (2°/₀), который долженъ былъ сжимать трубку эндотеліальную и выдѣлять adventitiam, такимъ образомъ, доказалъ ее существованіе на капиллярахъ глаза corporis vitrei, окрасилъ ее растворомъ gentianae и доказалъ, что капиллярная adventitia имѣетъ свои собственныя ядра, отличающіяся 1) своей формой—треугольной неправильной, 2) тономъ окраски, 3) распредѣленіемъ—именно онѣ лежатъ гуще на мѣстахъ развѣтвленій сосудцевъ и 4) самымъ строеніемъ ихъ: ядра эти имѣютъ отростки, опоясывающіе капилляры и играющіе м. б. роль сократительныхъ элементовъ. Къ сожалѣнію размѣры изслѣдованныхъ капилляровъ не приложены, но конечно дѣло идетъ о капиллярахъ крупнѣе человѣческихъ. Важно было, что ядра adventitiae и intimae существенно различны. Тѣмъ не менѣе эта работа не поколебала прежнихъ воззрѣній относительно adventitiae capillaris въ сосудистой системѣ не только мозга, но и вообще тѣла человѣка, уже по

---

[1]) Gehirn-Krankheiten II. 113.

[2]) Wiener Academ. Bericht. 1886.

одному тому, что эта работа касалась лягушки и притомъ лишь глаза ея. Такъ что Гойеръ[1]) въ главѣ о сосудистой системѣ въ руководствѣ Лавдовскаго 1887, разбирая вопросъ объ adventitia capillaris, высказываетъ повидимому по этому поводу какъ существующее положенiе (оговариваясь впрочемъ относительно глаза лягушки и выражая надежду, что работа Mayer'а прольетъ дальнѣйшiй свѣтъ), что adventitiam имѣютъ только переходные капилляры, ея же существованiе на тонкихъ капиллярахъ только лишь вѣроятно. Дальнѣйшихъ работъ на adventitia Mayer не публиковалъ и его указанiя о различiи ядеръ adventitiae и intimae у лягушки такъ же, какъ и указанiя Key и Retzius'а относительно мозга человѣка, оставаясь безъ особаго значенiя, утерялись. Положенiе же, что adventitia capillaris бываетъ только на переходныхъ и большихъ, капиллярахъ продолжаетъ оставаться въ полной силѣ. Такъ между прочими Бехтеревъ (1888), описывая сосудистую систему мозга (труды Key и Retzius упомянуты), касается вопроса объ adventitia и говоритъ что болѣе мелкiя развѣтвленiя артерiй и капилляры не содержатъ adventitiae.

Позднѣйшая новѣйшая работа по этому поводу, которую мы встрѣтили въ видѣ очень краткаго сообщенiя, принадлежитъ Кронталю[2]) (1889). Онъ мацерировалъ маленькiе кусочки мозга въ $^1/_2{}^0/_0$ молочной кислотѣ 24 часа, клалъ затѣмъ кусочекъ подъ покрывательное стеклышко, впускалъ туда нѣсколько капель пикрокармина и, постукивая по стеклышку легкимъ предметомъ, достигалъ полнѣйшаго разстиланiя массы, благодаря чему можно было наблюдать капилляры, проходившiе въ этой массѣ. Въ такихъ препаратахъ Кронталь увидѣлъ разнообразной толщины капилляры, до очень тонкихъ до 0,002 mm. Эти какъ самые тонкiе, такъ и болѣе толстые капилляры несли два сорта ядеръ. Длинные и круглые проходили по полю зрѣнiя, образуя дуги различнаго дiаметра, и развѣтвлялись, но самыя тончайшiе изъ нихъ, именно въ 0,002 mm. не имѣли вѣтвей, не соединялись съ болѣе толстыми и были совершенно пусты, не содержа красныхъ шариковъ. Всѣ видимые при этомъ методѣ капилляры авторъ раздѣляетъ на кровеносные и лимфатическiе, именно тончайшiе въ 0,002 m. капилляры онъ принимаетъ за лимфатическiе, потому что 1) ихъ величина была 0,002 mm. 2) потому что онъ не замѣтилъ перехода этихъ капилляровъ тонкихъ въ болѣе толстые, 3) потому что онъ не видѣлъ въ нихъ содержимаго кровеносныхъ капилляровъ:—красныхъ кровяныхъ шариковъ. которые, по мнѣнiю автора, и вообще быть тамъ не могли, такъ какъ ихъ размѣры превышаютъ lumen этихъ сосудовъ.

---

[1]) Овсянниковъ и Лавдовскiй: Руководство къ Микроскопической Анатомiи мозга.
[2]) Neurologisches Centralblatt. 1889.

На основанiи отсутствiя въ сосудцахъ этихъ красныхъ шариковъ, авторъ предположилъ, что въ нихъ циркулируетъ только лимфатическая плазма, а самые сосудцы эти суть лимфатическiе капилляры, до сихъ поръ никѣмъ не описанные.

Этотъ взглядъ Кронталя проникъ въ учебникъ (Obersteiner'а) и въ лабораторiю. Изъ этой краткой исторической справки о ходѣ развитiя нашихъ свѣдѣнiй можно лишь заключить о значительной неполнотѣ ихъ, на которую мы уже указали, что объясняется незначительнымъ интересомъ, который возбуждали въ изслѣдователяхъ тонкiе капилляры мозга, такъ что авторы только случайно занимались этимъ вопросомъ, а кромѣ того недостаточностiю разработки этого вопроса въ общей медицинѣ. Въ настоящее время знанiя наши въ этомъ отношенiи резюмируются такъ: переходные капилляры мозга въ нормѣ имѣютъ adventitiam и intimam; болѣе тонкiе имѣютъ только intimam; intima и adventitia имѣютъ ядра. По мнѣнiю Key и Retzius, не подтвержденному никѣмъ, adventitia имѣетъ кругловатыя ядра, intima—продолговатыя; другiе авторы о такомъ различiи не говорятъ. Минимальная толщина кровеносныхъ капилляровъ, по авторамъ, предшествовавшимъ Dr. Kronthal'ю, равна 4—5, приведенная же послѣднимъ величина 0,002 m. по его-же личному мнѣнiю, относится не къ кровеноснымъ капиллярамъ, а къ лимфатическимъ. Наконецъ по Key и Retzius adventitia несетъ очень рыхлые отростки, которыми капилляръ укрѣпляется въ ткани мозга.

II

Желая заняться изученiемъ этого вопроса, мы познакомились съ методами изслѣдованiй. Примѣнивъ таковые, рекомендованные Вирховымъ, Оберштейнеромъ, Левенфельдомъ и др. (2—дневное держанiе въ слабомъ растворѣ Kalibichromicum, затѣмъ расщипыванiе мозга), мы получили лишь тѣ сосуды, которые сами свободно выпадали при расщипыванiи ткани мозга или которые нужно было выдернуть пинцетомъ. При этомъ можно было убѣдиться, что тонкiя вѣточки обрываются и о дальнѣйшихъ продолженiяхъ ихъ судить нельзя. Измѣнивъ этотъ способъ 3—5—дневнымъ держанiемъ мозга съ небольшимъ количествомъ воды въ тепломъ мѣстѣ (при 30° С) въ сосудѣ закрытомъ и предохраняющемъ высыханiе мозга, мы получили большее разрыхленiе массы, могли добыть больше тончайшихъ вѣточекъ, но большая часть всетаки оставалась въ ткани. Отъ оставшейся послѣ вытягиванiя капилляровъ ткани, мы брали кусочекъ въ горошину, встряхивали въ пробирномъ цилиндрикѣ съ дестиллированной водой и въ осадкѣ могли найти самые тонкiе капилляры. Но разсматриванiе ихъ было очень затруднено, такъ какъ мелкiе капилляры скатывались въ клубки, гдѣ трудно было разо-

браться. Такъ какъ при этихъ способахъ мы всетаки не могли знать, всѣ ли сосуды изъ данной части мозга мы получаемъ—были даже увѣрены, что наиболѣе нѣжные при этомъ ускользаютъ, то послѣ неудачныхъ пробъ растворить мозговую массу въ соляныхъ растворахъ (хлористый аммоній), не измѣняющихъ однако сосуды, мы испробовали способы, при которыхъ бы могли видѣть всѣ пробѣгающіе по различнымъ направленіямъ капилляры въ данномъ кусочкѣ мозга. Проще всего было-бы этотъ кусочекъ раздавить между двумя стеклышками; при этомъ мозговыя массы, расходясь въ стороны наименьшаго сопротивленія, лягутъ тонкимъ слоемъ, и все находящееся въ нихъ, т. е. и сосуды, будетъ доступно обозрѣванію; такимъ путемъ мы могли быть увѣрены, что именно тѣ тонкіе капилляры, которые обрывались и оставались въ ткани, теперь, во всякомъ случаѣ, будутъ видимы, хотя бы они и порвались при этомъ методѣ. Но оказалось, что мозговая ткань даже нормальныхъ мозговъ очень плотна, упруга и съ трудомъ поддается такому непосредственному способу изслѣдованія, что нужно потому прибѣгнуть къ веществамъ, способнымъ разрыхлить массу мозга—сдѣлать ее мягкой, слизеподобной. Растворъ хлоралъ гидрата, по Mayer'у, въ которомъ мацерировались тамъ крошечные кусочки коры 24—48 часовъ, оказался довольно подходящимъ агентомъ. Надавливая на такіе маленькіе кусочки покрывательнымъ стеклышкомъ, мы достигли ровнаго разстиланія этой массы въ тонкій слой, такъ что капилляры, пробѣгающіе въ ней, имѣя между собою части набухшія мозга, не свертывались въ клубокъ и были вполнѣ доступны обозрѣванію. Впослѣдствіи мы познакомились съ способомъ Kronthal'я и приняли рекомендованную имъ молочную кислоту, какъ вещество способное разрыхлять и дѣлать набухшей ткань мозга, при чемъ въ виду высказанныхъ имъ сомнѣній не вліяетъ ли реактивъ на lumen сосуда, мы употребляли не $^1/_2$% растворъ, но гораздо слабѣе, до $^1/_6$%. Обыкновенно поступали такъ: кусочекъ мозга въ булавочную головку послѣ мацереціи съ чѣмъ бы то ни было мы обмывали въ теченіе 4 часовъ въ дестиллированной водѣ, затѣмъ опускали въ краску на 24 часа — picrocarmin, carmin, hematoxilin, $^1/_4$% argenti nitrici (послѣдняя неудалась), кислый фуксинъ и т. д. Этимъ долгимъ срокомъ мы были гарантированы, что краска проникнетъ въ ткань и окраситъ данные части сосудовъ (въ случаѣ нужды мы окрашивали еще уже подъ стеклышкомъ Alaun-hematoxilin'омъ, Арлиховскимъ ядернымъ гематоксилиномъ и т. д.). Изъ специфическихъ окрасокъ удавался хорошо Lugol'евскій растворъ, отчасти пикриновая кислота, кислый фуксинъ и пикрокарминъ, подкисленный муравьиной или соляной кислотой+глицеринъ, хотя эти 2 были менѣе стойки—дифференцировка держалась очень короткое время. Остальныя *реакціи* вовсе не удавались: краска оставалась на периферіи ткани. Послѣ

окраски кусочекъ ткани промывался вновь въ водѣ 2—3 часа, затѣмъ переносился подъ покрывательное стеклышко; легкаго давленія было достаточно, чтобы этотъ маленькій кусочекъ превратился въ очень тонкій слой, разстилающійся между 2 стеклышками.

По совѣту Оберштейнера и Левенфельда, которые, впрочемъ, работали по инымъ методамъ, мы сохранили препараты въ водѣ, осмаливая края стеклышка, и сильно раскаиваемся: чрезъ 6 мѣсяцевъ мы хотѣли просмотрѣть наши препараты и нѣкоторыхъ изъ нихъ не могли узнать; препараты-же, куда мы впустили глицеринъ, сохранились лучше.

Матеріалъ для изслѣдованія состоялъ изъ 21 мозга; изъ этихъ 21 мозговъ 13 имѣли артеріосклерозъ большихъ артерій мозга, въ 8 случаяхъ (между которыми были 2 дѣтскихъ мозга) такихъ измѣненій крупныхъ артерій не было. Въ одномъ случаѣ изъ этихъ 8 съ неперерожденными артеріями былъ при жизни діагнозъ поставленъ Dementia Paralitica (7), въ одномъ случаѣ сифилисъ и въ одномъ алкоголизмъ. Въ мозгахъ съ артеріосклерозомъ большихъ артерій въ 3 случаяхъ была Dementia Paralitica (одинъ комбинированъ съ Lues), 2 Dementia Senilis, 2 сифилисъ, 2 анемія, 2 гнѣзда размягченія, 1 кровоизліяніе. Нѣсколько мозговъ происходили отъ больныхъ съ неизвѣстными діагнозами. Изъ этихъ мозговъ 3 были предварительно затвержены въ мюллеровской жидкости; остальные были изслѣдованы въ свѣжемъ состояніи.

Капилляры были изслѣдованы только изъ области центральныхъ извилинъ и въ одномъ случаѣ изъ затылочной доли въ области Sulcus Parieto-Occipitalis, представлявшей атрофическую впадину, и для сравненія изъ области темянной, непредставлявшей атрофическихъ явленій. Измѣренія произведены при помощи микроскопа Seibert object. V, occul. III.

III.

А. Общее строеніе капилляровъ мозга.

Фонъ препаратовъ, изготовленныхъ такимъ образомъ, состоялъ изъ тонкаго прозрачнаго слоя вовсе неокрашиваемыхъ набухшихъ массъ мозга грязновато-бѣловатаго цвѣта и матоваго тона. На этомъ матовомъ полѣ отчетливо рисовались различные форменные элементы, заключенные въ изслѣдуемыхъ объектахъ: 1) какія то круглыя клѣтки resp. ядра, ближайшую природу которыхъ точнѣе опредѣлить мы не старались; 2) нервныя пирамидальныя клѣтки, которыя давали возможность опредѣлить, изъ какихъ слоевъ коры происходитъ интересующій въ данный моментъ объектъ и 3) здѣсь-же, то равномѣрно распредѣляясь по препарату, то скучиваясь въ опредѣленныхъ мѣстахъ его, проходили сосуды.

Насъ интересовали только послѣднiе. Имѣя между собою набухшiя мозговыя массы, не позволявшiя имъ лежать тѣсно другъ возлѣ друга и сворачиваться въ клубки, они шли вѣеро-образно по препарату, то образуя дуги болѣе или менѣе широкаго радiуса, то просто прямыя линiи, и были доступны къ осмотру на всемъ своемъ теченiи; они рѣзко выдѣлялись среди окружающихъ матовыхъ массъ своимъ легкимъ стекловиднымъ блескомъ и, лежа всѣ въ одной плоскости, позволяли очень быстро замѣтить нѣкоторые грубыя особенности, характерныя, можетъ быть, только для капилляровъ мозга. Во—первыхъ, видимые здѣсь капилляры не были всѣ одинаковыхъ размѣровъ, но представляли рядъ переходныхъ степеней отъ капилляровъ толщиной 17 μ.—14 μ. къ величинамъ болѣе и болѣе тонкимъ. Мы могли прослѣдить ихъ въ послѣдовательномъ уменьшенiи ихъ толщины съ разницей послѣдующаго участка отъ предшествующаго на 0,25 и могли убѣдиться, что такое уменьшенiе объема сосуда происходило не только путемъ развѣтвленiй, при которыхъ вѣтки тоньше стволика, а стволикъ, отдавъ вѣтки, становится самъ уже,—но также и безъ отдачи вѣтвей,—только постепеннымъ медленнымъ пониженiемъ толщины отдѣльныхъ сосудцевъ. Такимъ постепеннымъ переходомъ изъ болѣе широкихъ въ болѣе узкiя формы получались капилляры толщиной въ 9, 8, 7, 5, 4 μ.; на этой послѣдней цифрѣ 4 μ. дальнѣйшiя пониженiя не останавливались, но къ нашему удивленiю, вопреки существующимъ даннымъ о минимальной толщинѣ капилляровъ, продолжали еще падать до 3 μ.—2 μ. и наконецъ 1,5 μ. Одинъ разъ мы даже видѣли 1,2 μ. Эти переходныя ступени отъ толстыхъ къ самымъ тончайшимъ, къ 4,5 μ,—1,5 μ., мы могли увидѣть не на всѣхъ препаратахъ въ равной степени; въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствовали большiя формы и отдѣльные представители среднихъ переходныхъ ступеней, такъ что получались скачки между отдѣльными размѣрами, но самые тончайшiе капилляры въ 2 μ. были видны на всѣхъ препаратахъ.

Мы могли замѣтить далѣе, что разные размѣры имѣютъ различное количество своихъ представителей: такъ капилляровъ въ 12 μ.—10 μ. было меньше всѣхъ, равнялось только 10%, переходныхъ толщиной отъ 8—6, было около 50% и, наконецъ—величиной въ 2 μ.—1,5 μ. было около 15%. Впрочемъ, эти процентныя числа относятся лишь къ мозгамъ людей средняго возраста, въ 2 дѣтскихъ мозгахъ, которые намъ пришлось изслѣдовать, тонкихъ и тончайшихъ канальцевъ было больше, чѣмъ у взрослыхъ и пожилыхъ. Такiе же разныхъ размѣровъ капилляры и переходы мы видали не только на свѣжихъ мозгахъ, но и на затверженныхъ уже въ мюллеровской жидкости, не способныхъ подвергнуться растяженiю, а въ силу этого объяснять эти различные калибры и переходы нельзя было лишь натяженiемъ свѣжаго сосуда,

такъ какъ тѣ же явленія были и на капиллярахъ, потерявшихъ способность растягиваться. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ встрѣчались перерванные капилляры какъ средніе, такъ и самые тончайшіе; мѣсто разрыва имѣло характеръ перпендикулярнаго къ оси сѣченія, а сосудъ самый сохранялъ ту же толщину и просвѣтъ, какъ его ближайшее продолженіе, гдѣ также можно было уловить постепенный переходъ въ болѣе толстый сосудецъ; между тѣмъ нарушеніе цѣлости здѣсь должно было бы уничтожить натяженія со всѣми его послѣдствіями для lumen и volumen капилляра, если-бы таковое предшествовало. Важно было, что тончайшіе капилляры въ 1,5 μ., послѣ разрыва ихъ, сохраняли тотъ же просвѣтъ и толщину, что и ближайшія ихъ продолженія, и только очень постепенно переходили въ капилляры толщиной въ 2 m.—2,5 m. и т. д. Въ нѣсколькихъ мѣстахъ, впрочемъ, мы встрѣтили такіе тончайшіе капилляры, въ 1,5 m., начинающіеся подъ прямымъ угломъ отъ болѣе толстаго, въ 8 μ. въ видѣ вѣтви его, при условіяхъ, исключающихъ натяженіе, и тѣмъ не менѣе сохранявшіе размѣры 1,5 μ.

Благодаря этой постепенности перехода изъ толстыхъ размѣровъ въ болѣе тонкіе и благодаря одинаковому отстоянію другъ отъ друга стѣнокъ сосуда, послѣднія на пустыхъ широкихъ и тончайшихъ капиллярахъ шли совершенно параллельно другъ другу, не образуя никакихъ расширеній, бухтъ и только на самыхъ тонкихъ сосудцахъ въ 1,5 μ.—3 μ. общій объемъ капилляра наросталъ на мѣстѣ продолговатыхъ ядеръ, (о которыхъ будетъ рѣчь впереди); но это нарастаніе вполнѣ объяснялось толщиной ядра, доходившей иногда до 6 μ.—4 μ., т. е. превосходившей толщину самаго сосуда и вызывавшей общее утолщеніе контура его въ такихъ мѣстахъ (такъ какъ ядра intimae лежатъ внутри сосуда). Однако утолщеніе это не сопровождалось какимъ нибудь расширеніемъ просвѣта въ этомъ мѣстѣ, въ чемъ можно было убѣдиться каждый разъ измѣреніемъ его. Стѣнка капилляровъ, какъ уже упомянуто, отличалась нѣкоторымъ стекловиднымъ блескомъ, который, впрочемъ, былъ гораздо слабѣе на сосудахъ среднихъ и толстыхъ, чѣмъ на тончайшихъ 1,5 μ. капиллярахъ, послѣдніе часто только этимъ однимъ и дифференцировались отъ матоваго фона. На стѣнкѣ какъ въ толстыхъ сосудцахъ, такъ и въ тончайшихъ можно было различить блестящую очень тонкую жидколежащую пыльцу—тѣмъ тоньше и жиже, чѣмъ тоньше былъ сосудецъ. Эта пыльца, однако, лежала, вѣроятно, въ самой толщинѣ оболочекъ сосуда, нисколько не выдавалась на периферіи его, нисколько не нарушала гладкости и чистоты наружной поверхности сосуда. Частицы эти, благодаря, вѣроятно, незначительной густотѣ ихъ расположенія, не мѣшали ясности самой стѣнки; что касается состава ихъ, то судя потому, что прибавленная уксусная кислота растворяла ихъ, можно было думать, что они бѣлковаго происхожде-

нія. Сама стѣнка была вполнѣ прозрачна и позволяла осмотрѣть ея lumen на всемъ своемъ протяженіи. Послѣднее было особенно удобно еще и потому, что оболочка обладала нѣкоторою способностью свѣтопреломленія, и при проходящемъ свѣтѣ при извѣстной установкѣ винта капилляръ казался состоящимъ или несущимъ три свѣтовыя линіи: 2 изъ нихъ были болѣе свѣтлыя и одна болѣе темная, свѣтлыя шли съ боковъ и отвѣчали самой стѣнкѣ сосудца, темная же тянулась между свѣтлыми вдоль оси центра сосуда и отвѣчала точно его просвѣту.

Толщина оболочки сосуда, благодаря свѣтовой дифферинцировкѣ была всюду опредѣлима и измѣрима. Величина эта не была одинакова, но колебалась на болѣе толстыхъ и тончайшихъ капиллярахъ въ зависимости отъ volumen сосуда и въ общемъ ровнялась $^1/_8$—$^1/_{16}$ всей толщины сосуда. Колебанія эти шли такъ постепенно, переходы изъ болѣе толстой стѣнки въ болѣе тонкую такъ медленны и незамѣтны, что профиль внутренней и наружной поверхности сосудцевъ казался, несмотря на нарощеніе массы оболочки, совершенно параллельнымъ. Эти же свѣтовыя явленія стѣнки позволяли убѣдиться, что она не имѣетъ никакихъ продольныхъ складокъ, образуемыхъ лишь дупликатурой самой оболочки (и послѣдняя, благодаря крутому перелому, получаетъ способность сильнѣе преломлять свѣтъ); благодаря сильной преломляемости свѣта, получается на такой складкѣ двойной контуръ тѣмъ тоньше и нѣжнѣе, чѣмъ тоньше сосудецъ и чѣмъ нѣжнѣе оболочка. Ничего подобнаго мы не видѣли на нормальныхъ капиллярахъ. Подобныя же свѣтовыя явленія даютъ волокна, заложенныя въ стѣнки, которыя часто можно видѣть на болѣе толстыхъ артерійкахъ, а при патологическихъ условіяхъ также и на капиллярахъ; здѣсь при нормѣ мы этого тоже не видѣли ни разу. Свѣтопреломленія шли всюду одинаково, дифференцированныхъ этимъ путемъ мѣстъ небыло нигдѣ ни разу. Точно также въ противоположность крупнымъ артеріямъ, имѣющимъ толстыя стѣнки, которыя всегда являются окрашенными пикрокарминомъ, наши капилляры имѣли окрашенными лишь ядра (пикрокарминомъ), стѣнка же сама въ нормальныхъ случаяхъ имѣла совершенно не окрашенный видъ (напротивъ, въ нѣкоторыхъ завѣдомо патологическихъ случаяхъ стѣнка была окрашена, ядраже или вовсе не окрашены, или окрашены очень слабо).

Описывая поверхность стѣнки совершенно ровной, гладкой, мы должны прибавить, что этимъ мы разумѣемъ лишь общее теченіе всей стѣнки; на нейже, нисколько не нарушая полноты этихъ понятій, лежали a) посторонния вещества, различаемыя какъ таковыя или b) образующія съ ней одно цѣлое—части еяже клѣтокъ. Многіе сосуды, при совершенно нормальныхъ условіяхъ и совершенной ровности стѣнки за исключеніемъ самыхъ тончайшихъ—тоньше 4-μ., имѣли въ высшей степени

нѣжные отростки паутиновидной консистенціи, висѣвшіе или лежавшіе на стѣнкѣ сосуда въ видѣ обрывковъ, отчетливо замѣтные тамъ, гдѣ капилляры пробѣгали по свободному полю среди расширившихся массъ фона. На такихъ свободныхъ мѣстахъ можно было различить ихъ строеніе, удобнѣе всего опредѣляемое словомъ ноздреватый, причемъ самые ноздри были очень мелки и окружены очень мягкой нѣжной субстанціей. Отростки эти имѣли пластинчатый характеръ, отличались матовымъ не блестящимъ тономъ, не были ничѣмъ окрашены такъ же, какъ и сама стѣнка, на которой они висѣли. Какъ совершенно нормальное явленіе, видѣли мы на стѣнкѣ всѣхъ этихъ капилляровъ жировыя отложенія. Они имѣли двоякій характеръ—кристаллическій и аморфный. Аморфныя жировыя отложенія видѣли мы лишь на капиллярахъ среднихъ и толстыхъ, а на тончайшихъ, отъ 4 μ. до 1,5 μ., таковыхъ мы не видѣли ни разу. Кристаллическія же жировыя крупинки видѣли мы на капиллярахъ всѣхъ величинъ въ томъ числѣ и на самыхъ тончайшихъ; жировыя крупинки здѣсь лежали такъ, что всѣмъ контуромъ своимъ выдавались надъ периферіей сосудца. Такія же крупинки мы видѣли лежащими и на ядрахъ. Количество и величина ихъ разнилась въ зависимости отъ толщины сосуда: на тончайшихъ онѣ лежали отдѣльными зернами очень рѣдко другъ отъ друга и были очень мелки, на большихъ же онѣ были крупнѣе, лежали густо и даже образовывали часто друзы; послѣ обработки препарата спиртомъ, а потомъ ксилолемъ, онѣ исчезали.—Какъ нормальное же явленіе, мы встрѣчали здѣсь зернышки пигмента, но въ очень небольшомъ количествѣ. Это былъ желтовато-коричневый сортъ его, дававшій кругловатые некристаллическіе шарики. Онъ растворялся, слегка мѣняясь въ цвѣтѣ, въ сѣрной кислотѣ, а нѣкоторыя крупинки его даже въ не разведенной уксусной кислотѣ. Капилляры несли ядра, при нормальныхъ условіяхъ всегда имѣвшія хорошій отчетливый контуръ, чистую окраску. Ядра эти были 2 сортовъ: одни изъ нихъ были кругловатыя, другія длинныя, и эта различная форма становилась тѣмъ отчетливѣе, чѣмъ уже былъ сосудецъ. Такъ что на тончайшихъ капиллярахъ одни были ясно круглы, другія были отчетливо длинны. Число круглыхъ ядеръ, однако, было гораздо меньше числа длинныхъ, и ихъ присутствіе было менѣе регулярно; попадались мѣста особенно на тончайшихъ капиллярахъ, гдѣ такихъ шарообразныхъ ядеръ было меньше, чѣмъ ожидалось, или они вовсе не были видны на нѣкоторомъ протяженіи. Часто ядра круглыя и длинныя сидѣли очень близко другъ къ другу, даже вмѣстѣ одно на другомъ; наиболѣе любимое мѣсто шарообразныхъ ядеръ были мѣста развѣтвленій капилляровъ—самый стволикъ или вѣтвь близь ея отхода отъ послѣдняго. Расположеніе этихъ ядеръ было различно по отношенію къ оси сосуда и его оболочкамъ и въ

общемъ таково, что на тончайшихъ капиллярахъ въ 1,7 μ.—2 μ., гдѣ это лучше всего было видно, длинныя ядра лежали всегда на оси сосуда (ось ихъ какъ разъ отвѣчала оси сосуда); только въ видѣ исключенія средина этой оси ядра, но не концы ея, иногда отклонялись отъ оси сосуда, такимъ образомъ образуя нѣкоторую дугу. Круглыя же ядра лежали иногда на оси сосуда своимъ центромъ, точно отвѣчая срединѣ lumen; въ другихъ же случаяхъ лежали не по оси и по отношенію къ lumen казались лежащими эксцентрично, оставляя его всѣмъ тѣломъ своимъ сбоку; при нѣкоторыхъ движеніяхъ иглой удавалось поворачивать около оси сосудецъ, и тогда это же эксцентрическое ядро, лежащее не въ одной плоскости съ капилляромъ или внизу его, или надъ нимъ, казалось вполнѣ центральнымъ. Что касается отношеній ядеръ къ стѣнкѣ, то на длинныхъ ядрахъ всегда можно было увидѣть тонкій, блестящій слой, представлявшій непосредственное продолженіе стѣнки (гораздо болѣе тонкій, однако, чѣмъ предыдущее ея мѣсто), ограничивавшій его периферію, одѣвавшій его такимъ образомъ, какъ футляромъ. Слой этотъ всюду плотно облегалъ все ядро, его средину и концы и непосредственно переходилъ въ стѣнку.

Круглыя ядра въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ они лежали на оси представляли тѣ же явленія, только мѣсто перехода этого покровнаго слоя съ концовъ ядра въ самую стѣнку представляло нѣкоторое отличіе: такъ какъ ядро не имѣло веретенообразной формы, но кругловатую и было во много разъ шире тончайшихъ капилляровъ, то оболочка, покрывающая его, пробѣгала еще нѣкоторое свободное, свѣтлое пространство прежде, чѣмъ слиться съ общей стѣнкой. Такъ что получалось убѣжденіе, что оболочка въ этомъ мѣстѣ прилегаетъ къ ядру только на одной сторонѣ его периферіи, на другой же, прилегающей къ оси сосуда, она его не касается даже. Это явленіе еще отчетливѣе было въ тѣхъ мѣстахъ. гдѣ ядра казались лежащими эксцентрично; здѣсь стѣнка, подходя къ ядру, приподнималась надъ прежнимъ своимъ горизонтомъ болѣе или менѣе острымъ, или прямымъ угломъ, одѣвала ядро и спускалась съ другой стороны такимъ же образомъ, чтобы слиться вновь со стѣнкой; lumen въ это же время сохранялъ прежнюю ширину и параллелизмъ своихъ стѣнокъ, протекалъ около ядра, совершенно не измѣняясь въ своей ширинѣ, всюду отчетливо измѣримый. Онъ составлялъ въ такихъ мѣстахъ нѣкоторымъ образомъ основаніе сектора или хорды, въ которомъ лежало круглое ядро; и въ общемъ получалось то же впечатлѣніе, что оболочка одѣваетъ ядро только на его периферіи, не лежащей на сосудѣ; на периферіи же, смотрящей къ оси, ядро не было одѣто той же оболочкой, но другой, именно той, которая непосредственно одѣвала пространство lumen'а, сохраняла его не-

измѣнную ширину и только слегка касалась прилегающей къ ней периферіи круглаго ядра.—Особенно отчетливо все это наблюдалось на самыхъ тонкихъ капиллярахъ въ 1,7 μ.—2 μ. толщиной. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ, какъ только что было сказано, два ядра лежали одно на другомъ, и изъ которыхъ одно было длинное, другое круглое, lumen тёкъ только чрезъ длинное и при томъ такъ иногда, что между круглымъ ядромъ и lumen лежало это же длинное ядро. Помимо формы и расположенія ядра отличались также слегка окраской: послѣ 24 часоваго лежанія въ концентрированномъ растворѣ пикрокармина—длинныя казались болѣе интенсивно окрашенными, круглыя болѣе слабо, диффузнѣе. Число ихъ было также различно. Общее количество зависѣло еще и отъ толщины сосуда, такъ что на протяженіи 120 μ. при volumen:

8,5 μ.—10 μ.	встрѣчалось	длинныхъ	ядеръ	5—7	круглыхъ
5,5 μ.—8,5 μ.	»	»	»	4—5	»
4,5 μ.—5,5 μ.	»	»	»	4—3	»
2 μ.—1,5 μ.	»	»	»	2—1	»
4—3 μ.	»	»	»		»
3—2 μ.	»	»	»		»
1—2 μ.	»	»	»		»

при чемъ выходило количество круглыхъ ядеръ всегда меньше, чѣмъ количество длинныхъ.

Величина этихъ ядеръ такъ же разнилась: продолговатыя ядра имѣли 14 μ. 18 μ. длины, 4 μ. 6 μ. ширины; короткія—8 μ. 11 μ. длины, 5 μ. 8 μ. ширины; но въ общемъ были колебанія еще рѣзче, были и переходныя формы. Что касается lumen, то, благодаря указанной уже свѣтовой дифференцировкѣ, его можно было при прозрачной нормальной стѣнкѣ всюду видѣть и измѣрять; всюду онъ имѣлъ нормальный контуръ, нигдѣ не имѣлъ расширеній или бухтъ, величина его всюду находилась въ зависимости отъ толщины сосуда: чѣмъ толще былъ послѣдній, тѣмъ шире былъ lumen. Лежащія въ сосудахъ продолговатыя ядра на самыхъ тончайшихъ капиллярахъ 1,5 μ. имѣли видъ, что они прерываютъ его—прерываютъ свѣтовую линію, отвѣчающую ему; но при подробномъ разсматриваніи оказывалось, что lumen продолжаетъ течь и черезъ ядро, которое на своей поверхности, смотрящей во внутрь сосуда, образуетъ въ этомъ случаѣ легкій желобокъ. Но такъ какъ ядро окрашено темно, то свѣтовой эффектъ отъ желобка слишкомъ малъ, чтобы быть сразу замѣтнымъ.

Что касается содержимаго капилляровъ, то въ большей части случаевъ мы видѣли капилляры пустыми, какъ толстые, такъ и тончайшіе, и только въ нѣсколькихъ случаяхъ мы видѣли ихъ наполненными, какъ толстые такъ и тончайшіе 1,7 μ.—1,5 μ. Между прочимъ такіе

наполненные тончайшіе капилляры (въ 1,7 μ.) нашли мы и на препаратахъ съ гіалиновымъ перерожденіемъ сосудовъ. Замѣчательно, что какъ въ этомъ случаѣ, такъ и во всѣхъ другихъ кровяные шарики, наполняющіе эти тончайшіе капилляры мѣняли постепенно свою форму, подходя къ наиболѣе тонкимъ мѣстамъ, изъ круглой переходили въ овальную, и даже просто палочковидную, и величина ихъ вмѣсто 7 μ. въ среднемъ—принимала 10—12 μ. въ длинну и 15 μ.—2 μ. въ ширину. Что касается строенія самой стѣнки, то на всѣхъ нашихъ препаратахъ съ нормальными капиллярами, всюду представлялась совершенно однородной и не давала никакой возможности видѣть въ ней 2 слоя; только на одномъ препаратѣ удалось намъ нѣсколько разъ увидѣть легкое отстояніе оболочекъ стѣнки другъ отъ друга—именно на капиллярахъ въ 14 μ.—11 μ.—при чемъ описанныя круглыя ядра явственно лежали во внѣшней оболочкѣ.

Резюмируя вкратцѣ только что описанное и оставляя пока совершенно въ сторонѣ вопросъ объ adventitiae, мы видимъ, что капилляры головного мозга имѣютъ самыя разнообразныя величины, переходящія постепенно съ 17 μ. до 2 μ., стѣнка ихъ совершенно прозрачна, толщина ея равна $^1/_{16}$—$^1/_8$ всей толщинѣ сосуда въ нормѣ, несетъ очень, нѣжные ноздреватые отростки кромѣ самыхъ тончайшихъ капилляровъ, не имѣющихъ никакихъ отростковъ, содержитъ въ себѣ нѣкоторое количество очень нѣжной тонкой пыли, вѣроятно, бѣлковаго состава, жировыя очень мелкія зернышки, и имѣетъ по мѣстамъ коричнево-желтоватый *пигментъ и никогда* не бываетъ окрашена въ нормѣ пикрокарминомъ. Ядра капилляровъ двоякой формы, круглыя и длинныя; послѣднія часто лежатъ вмѣстѣ. Lumen нигдѣ не имѣетъ расширеній и бухтъ.

Нѣкоторыя изъ описанныхъ нами характерныхъ особенностей, какъ то: двоякость формъ ядеръ въ капиллярахъ, видѣли уже Key и Retzius, Hoffman, а въ послѣднее время Dr. Kronthal; точно также и отростки на стѣнки ихъ уже описаны Roth'омъ (въ телячемъ мозгу) и Key и Retzius'омъ; другія же особенности, касающіяся самой стѣнки, просвѣтъ отложеній и т. д. мало затронуты въ литературѣ, благодаря, вѣроятно, трудности изслѣдованія на срѣзахь и затверженныхъ тканяхъ, гдѣ объекты получались сильно измѣненными.

Мы не считаемъ нужнымъ подробнѣе рисовать картину нормальныхъ капилляровъ; насъ интересуетъ въ ней лишь нѣсколько сторонъ и, на основанiи заключающагося матеріала въ только что приведенныхъ

данныхъ съ дополненіемъ новыхъ фактовъ, которые мы внесемъ въ случаѣ нужды, мы коснемся теперь именно этихъ вопросовъ.

Вопервыхъ, насъ интересуетъ величина тончайшихъ капилляровъ, которая на нашихъ препаратахъ доходила до очень малыхъ цифръ, именно 4 μ.—1,5 μ. Эти маленькія величины совершенно противорѣчатъ a) существующимъ литературнымъ свѣдѣніямъ, по которымъ minimum долженъ быть 4,5 μ.; b) минимальная толщина мозговыхъ капилляровъ противорѣчитъ величинѣ краснаго кровянаго шарика (въ среднемъ 7 μ.), который является гораздо больше просвѣта сосуда по которому долженъ проходить. Очень важнымъ оказывалось однако, что такіе-же тончайшіе сосудцы съ просвѣтомъ въ 4 μ.—1,5 μ. находились не только на всѣхъ препаратахъ, какіе можно было считать за нормальные, но также во всѣхъ случаяхъ съ завѣдомо перерожденными патологическими сосудами, патологичность которыхъ можно было доказать на основаніи химическихъ реактивовъ, или на основаніи морфологическихъ особенностей ихъ, или на основаніи ихъ измѣненной эластичности. Когда стѣнка становилась очень хрупка, ломалась, то весь препаратъ состоялъ изъ обломковъ капилляровъ.

При такихъ измѣненіяхъ стѣнки, казалось, вполнѣ возможно допустить, что величина просвѣта при жизни была той-же самой, что и по смерти была на препаратѣ. Такія тончайшія формы мы нашли при гіалиновомъ перерожденіи, при періартеріитическомъ процессѣ и при неизвѣстной формѣ измѣненія, гдѣ стѣнка ломалась, была очень хрупка, и гдѣ сосудцы были наполнены кровью.

Тѣмъ не менѣе въ виду существующихъ авторитетныхъ мнѣній, установившихся въ литературѣ, по которымъ минимальная величина капилляровъ мозга 4,5 μ., рождалось сомнѣніе,—не есть-ли описанные тончайшіе капилляры въ 1,5 μ. просто артефактъ, не есть-ли это лишь тѣ же толстые капилляры въ 4,5 μ.—5 μ., но сморщившіеся благодаря самой техникѣ приготовленія препаратовъ или красокъ, вліявшихъ на капилляры. Эта узость не обусловлена ли предсмертнымъ сокращеніемъ тѣхъ-же болѣе толстыхъ капилляровъ?

Вопросъ сводился вообще къ тому, дѣйствительно-ли существуютъ при жизни и функціонируютъ эти тончайшіе капилляры, имѣя lumen въ 1,5 μ.—4 μ., которые гораздо меньше кровяныхъ шариковъ, долженствующихъ по немъ итти. Послѣ изученія многихъ препаратовъ (около 700) мы рѣшаемся думать, что эти тончайшіе сосудцы (въ 1,5 μ.) не суть тѣже самые крупные въ 4,5—5 μ., но сократившіеся лишь въ моментъ смерти, но что эти тонкіе капилляры дѣйствительно такими существуютъ при жизни. Если бы разница нашихъ формъ отъ болѣе толстыхъ заключалась лишь въ ширинѣ просвѣта, тогда, конечно, изъ этого сомнѣнія трудно было-бы выбраться, но въ предшествующемъ мы от-

тѣнили постепенный переходъ толстыхъ капилляровъ въ болѣе тонкіе, тонкихъ въ тончайшіе и указали, какъ разныя характерныя особенности капилляровъ мѣняются съ утонченіемъ ихъ volumen и lumen.

Такъ толщина стѣнки, находясь въ большемъ соотвѣтствіи съ толщиной капилляра, становится тѣмъ тоньше, чѣмъ уже капилляръ; между тѣмъ, еслибы этотъ тонкій капилляръ произошелъ изъ толстаго путемъ сокращенія послѣдняго, то навѣрное онъ удержалъ бы свою прежнюю толщину стѣнки, и не только удержалъ бы ее, но такъ какъ та же масса ея должна была бы занять меньшую периферію, то *молекулы* приняли бы иную форму, ихъ наибольшій діаметръ, вѣроятно, сталъ бы перпендикулярно къ оси сосуда, и стѣнка стала бы еще толще. Точно также описанные Key-Retzius'омъ, упомянутые также, отростки на сосудцахъ, были, лишь на толстыхъ сосудцахъ, на самыхъ тончайшихъ же мы ихъ не видѣли *ни разу*. Еслибы наши тонкіе капилляры представляли собой лишь сократившіеся толстые, мы должны были бы увидѣть и на нихъ тѣ же отростки. То же самое относится къ плотнымъ жировымъ отложеніямъ аморфнаго характера, которыя мы видѣли на болѣе толстыхъ и *ни разу* на тончайшихъ. Въ томъ же соотвѣтствіи съ широтой lumen мелкіе жировые кристаллики были тамъ мельче, и число ихъ было тѣмъ меньше, чѣмъ тоньше былъ сосудецъ; на нашихъ тонкихъ въ 1,5 μ.—2,5 μ. капиллярахъ встрѣчались тончайшіе кристаллики и притомъ одиночно, на болѣе толстыхъ же эти формы были больше и давали уже друзы. То же относится и къ нѣжной пыли, покрывающей стѣнку капилляра, которая была тѣмъ тоньше и нѣжнѣе, чѣмъ уже былъ сосудецъ. Наконецъ, въ полномъ соотвѣтствіи съ толщиной сосуда было число ядеръ, лежавшихъ на немъ или, другими словами, число клѣтокъ, которыя понадобились для его постройки. Приводя здѣсь еще разъ цыфры по этому поводу, мы встрѣчаемъ на протяженіи 120 μ.

на сосудахъ	съ	volumen	10 μ.—8,5	длинныхъ	ядеръ	7—5	
»	»	»	» 8,5 μ.—5,5	»	»	5—4	
»	»	»	» 5,5 μ.—4,5	»	»	4—3	
»	»	»	» 2 μ.—1,5	»	»	2—1	

круглыхъ	4—2
»	2—3
»	1—2
»	— 1

И это уменьшеніе идетъ прогрессивно съ уменьшеніемъ общей толщины сосудца. Если бы эти тончайшіе сосудцы происходили изъ толстыхъ путемъ ихъ сокращенія, то, конечно, число ядеръ, число клѣтокъ осталось бы въ сократившихся сосудцахъ то же самое, что и въ не сокращенныхъ.

Наконецъ, мы встрѣтили случайно рядъ такихъ патологическихъ измѣненій капилляровъ, которыя совершенно должны были исключать вопросъ о прижизненномъ или предсмертномъ сокращеніи, или сокращеніи подъ вліяніемъ такихъ случайныхъ вліяній послѣ смерти, напр., при техникѣ препаровки, окраски пр. Такъ въ одномъ случаѣ съ гіалиновымъ перерожденіемъ—сосуды на препаратахъ потеряли всякую жизнь, потеряли представителя ея—ядра, были такъ извращены въ своемъ составѣ, что не растворялись въКОН (30 $^0/_0$) даже въ теченіе трехъ дней (въ нормѣ 10—20 минутъ), были очень крохки: весь препаратъ былъ наполненъ ихъ обломками. Допустить какую-нибудь способность ихъ къ сокращенію при такомъ перерожденіи какъ прижизненную, предсмертную, такъ и подъ вліяніемъ слабыхъ реактивовъ при мацераціи было совершенно невозможно, и тѣмъ не менѣе, на этихъ препаратахъ мы находили эти тончайшіе капилляры 1,5 μ.—1,7 μ., имѣвшіе еще lumen; такіе же тончайшіе капилляры въ 1,7—2 μ. мы нашли при другой патологичеекой формѣ, гдѣ, какъ это будетъ описано, былъ периферическій процессъ, гдѣ стѣнка была также сильнѣйшимъ образомъ измѣнена: утолщена, волокниста, очень крохка; весь препаратъ также состоялъ изъ обломковъ сосудовъ и т. д., гдѣ способность ея къ сокращенію можно было съ полной увѣренностью отрицать. И тѣмъ не менѣе и здѣсь мы нашли такіе же тончайшіе капилляры 1,7 μ. Правда, какъ при гіалиновомъ перерожденіи, такъ и здѣсь, сосудовъ такихъ мы видѣли не 15$^0/_0$ какъ при нормѣ, но лишь 3$^0/_0$—5$^0/_0$, но это уменьшеніе должно объясниться лишь гибелью этихъ тончайшихъ капиллляровъ подъ вліяніемъ патологическихъ явленій, или при препаровкѣ ихъ хрупкія стѣнки могли распасться на кусочки, а это можетъ быть затрудняло опредѣленіе какъ бывшихъ капилляровъ. Фактъ же существованія ихъ и при такомъ *перерожденіи, когда* невозможно допустить вообще прижизненную сократительность, объяснялъ лишь, что такой lumen существуетъ при жизни. При разрѣшеніи вопроса, не вліяютъ ли реактивы или краски, при самомъ приготовленіи препаратовъ, на толщину сосудцевъ, при томъ такимъ образомъ, что можетъ быть самые тончайшіе капилляры, хотя и дѣйствительно отличаются строеніемъ отъ болѣе толстыхъ, но реактивы еще болѣе уменьшаютъ ихъ volumen и еще рѣзче дѣлаютъ контрастъ, произведенъ былъ рядъ параллельныхъ опытовъ. 1) Измѣнялась концентрація раствора молочной *к-ты, брали* вмѣсто $^1/_2{}^0/_0$ лишь $^1/_6{}^0/_0$ и получали всетаки тѣ же величины; 2) мѣнялся самый реактивъ—брали хлоралъ—гидратъ—и получали то же 3) мацерировали только въ водѣ безъ всякихъ примѣсей—результаты были тѣ же; 4) такъ какъ пикрокарминъ, *раньше* въ которомъ красились капилляры въ теченіи 24 часовъ, содержитъ пикриновую к-ту, а послѣдняя въ теченіе суточнаго дѣйствія могла повліять на volumen

сосуда,—то, желая исключить ея вліяніе, мы мацерировали ткань только въ водѣ, изслѣдовали объектъ безъ всякой окраски и получали тѣ же величины; 5) однажды удалось изслѣдовать крошечный кусочекъ мозговой коры безъ мацераціи совершенно свѣжій, и тамъ оказался тотъ же volumen. Возникалъ вопросъ, не съуживаются-ли эти капилляры благодаря способу разстиланія ихъ. Хотя разбухшая масса мозга имѣетъ консистенцію почти слизи, не могущую представить качества плотной массы по отношенію къ окружающимъ сосудамъ и, при надавливаніи покрывательнымъ стеклышкомъ, не можетъ со своей стороны тѣснить въ стороны и съ боковъ петли капилляровъ и вытягивать ихъ, и такимъ образомъ съуживать ихъ lumen, тѣмъ не менѣе, желая исключить и это сомнѣніе, мы путемъ встряхиванія, выполаскивали водой мозговыя массы изъ петель капилляровъ и получали тѣ же величины. Далѣе, на тѣхъ-же препаратахъ, полученныхъ придавливаніемъ набухшей массы покрывательнымъ стеклышкомъ, встрѣчались перерванные капилляры, гдѣ вытяженіе въ длину должно быть исключено *всетаки*—находились тѣ же величины. Такимъ образомъ вопросъ о случайностяхъ, которыя такъ или иначе могли повліять на толщину капилляра, былъ устраненъ. Очень важно было еще рѣшить вопросъ: функціонируютъ ли эти капилляры при жизни, пропускаютъ ли они только плазму крови, какъ это думалъ Dr. Kronthol, или также и морфологическіе элементы.—Повидимому тутъ не могло быть никакихъ сомнѣній въ этомъ отношеніи, мы уже упоминали, что видѣли у нѣсколькихъ объектовъ въ 1,7 μ. капилляры и болѣе толстые наполненными густо, почти набитыми красными шариками, упомянули также, что шарики измѣняли въ такихъ капиллярахъ свою форму, изъ круглой въ продолговатую. Отчасти и здѣсь могло быть тоже нѣкоторое сомнѣніе—не есть ли эти тончайшіе сосуды сократившіеся, а продолговатые шарики лишь результатъ сдавленія со стороны стѣнки. Трудно однако допустить, чтобы эта вытянутая форма шарика была результатомъ сильнаго сокращенія стѣнки, подъ вліяніемъ котораго сдавленный шарикъ измѣнилъ свою форму изъ круглой въ длинную.

Трудно предположить потому, что этому должно было бы противодѣйствовать сопротивленіе сосѣдей—шариковъ, которые тѣсно наполняютъ и большіе сосуды (гдѣ они сохраняютъ свою круглую форму), и тончайшіе капилляры; тѣснимые въ поперечномъ направленіи стѣнкой, они должны были бы, измѣняя свою форму, удлиниться въ стороны наименьшаго сопротивленія, и притомъ, тѣмъ больше, чѣмъ уже сосудецъ, такъ что, при средней величинѣ шарика въ 7 μ. и толщинѣ тончайшихъ капилляровъ 1,5, они должны были удлинить одинъ изъ своихъ діаметровъ почти до 10 μ.—12 μ. т. е. почти на 5 μ., чтобы занять то мѣсто, которое ему отводится въ lumen'ѣ сосуда; но

при такомъ густомъ наполненіи, какое мы видѣли здѣсь, гдѣ какъ на толстыхъ капиллярахъ (гдѣ сокращенія капилляровъ не предполагаются) круглые шарики касаются другъ друга своимъ полюсомъ, такъ и на тонкихъ, и тончайшихъ. Это удлиненіе шариковъ должно было бы встрѣтить непреодолимое сопротивленіе въ своихъ сосѣдяхъ, которыхъ пришлось бы передвинуть въ ту или другую сторону на 5 μ., или же средній шарикъ между двумя расширяющимися долженъ былъ бы вытянуться въ поперечномъ направленіи и поднять въ этомъ мѣстѣ стѣнку сосуда—чего мы здѣсь не видѣли.

Трудно этимъ объяснить ту же вытянутую форму шариковъ еще и потому, что въ одномъ изъ этихъ изслѣдованныхъ мозговъ имѣлись характерные признаки измѣненія стѣнокъ—ядра были уменьшенныя, плохо окрашенныя, имѣли рѣзкій блескъ, сама же стѣнка отличалась огромной хрупкостью; на препаратѣ лежали обломки не только поперечные, но также и съ продольными трещинами; допустить въ такой перерожденной стѣнкѣ не только большую силу сокращенія, но самую ничтожную, самую мысль о ней—было невозможно.

Въ другомъ мозгу было найдено, какъ это уже упомянуто, гіалиновое перерожденіе капилляровъ, часть ихъ была пуста. Стѣнка такихъ пустыхъ сосудовъ не имѣла ядеръ, была въ высшей степени хрупка и такъ сильно въ общемъ измѣнена, что не растворялась въ 30% растворѣ КОН. Такіе капилляры, конечно, не могли сокращаться. Но среди нихъ тянулись другіе капилляры наполненные шариками. Эти капилляры были перерождены, хотя меньше, имѣли еще ничтожное количество ядеръ, но послѣднія вовсе не красились, стѣнка была утолщена, налита, растворялась въ 30% КОН, не въ теченіе 10—20 минутъ, какъ въ нормѣ, но лишь по прошествіи 18—20 часовъ. Шарики, наполнявшіе здѣсь такіе тончайшіе капилляры въ 1,7 μ., были также вытянуты въ длину. Тѣмъ не менѣе, эта перерожденная стѣнка, конечно, не имѣла возможности сокращаться, будучи такой хрупкой и показывая вообще признаки глубокихъ измѣненій, и однако же здѣсь находились тончайшіе капилляры въ 1,5 μ.—4,7 μ.,—притомъ наполненные кровью. Существованіе въ препаратахъ съ такими перерожденными капиллярами тончайшихъ сосудовъ въ 1,7 μ.—1,5 μ., наполненныхъ вытянутыми шариками, позволяетъ допустить мысль, что кровяныя тѣльца сами вытягивались въ длину, приспособляясь къ узкому просвѣту сосуда, который они должны были проходить. Впрочемъ, эти доводы, исключающіе вліяніе сокращенія стѣнки на форму шарика и въ тоже время на lumen сосуда, даже излишни, такъ какъ уже одно нахожденіе густо расположенныхъ шариковъ въ капиллярѣ указываетъ на сильную слабость его сократительности; ибо наоборотъ пустоту капилляровъ объясняютъ именно хорошей сократительностью ихъ.

И такъ, если данные капилляры съ перерожденной, неспособной сокращаться стѣнкой, имѣютъ тончайшую величину въ 1,5 μ.—1,7 μ. и наполнены красными шариками, измѣнившими свою форму, то остается думать, что эти капилляры существовали уже съ такимъ lumen прежде и функціонировали съ такимъ тончайшимъ просвѣтомъ еще при жизни, а красныя тѣльца своимъ нахожденіемъ внутри ихъ своей измѣненной вытянутой формой доказываютъ лишь кровеносную функцію ихъ. Возвращаясь теперь назадъ и возстановляя въ памяти все сказанное по поводу существованія такихъ тончайшихъ капилляровъ не только при физіологическихъ состояніяхъ ихъ стѣнокъ, но и при перерожденныхъ, не только на пустыхъ капиллярахъ, но и въ наполненномъ видѣ ихъ, мы можемъ думать, что всѣ эти случаи слишкомъ доказательны, чтобы вообще видѣть въ этихъ сосудахъ лишь *артефактъ*, лишь случайную находку, а не дѣйствительно функціонирующіе съ такимъ просвѣтомъ капилляры. Благодаря своей ничтожной величинѣ, они ускользали отъ наблюденія при техникѣ изслѣдованія на срѣзахъ или, можетъ быть, были принимаемы за что-либо иное. Благодаря тому обстоятельству, что при методѣ изслѣдованія на срѣзахъ отчетливо видны были лишь капилляры въ 4,5 μ, установлена была именно эта цифра для минимальной ихъ толщины. Благодаря же этому и по другимъ причинамъ D-r Kronthal, увидѣвшій первый ихъ, отнесъ эти капилляры къ лимфатической системѣ. Эти тончайшіе капилляры 1,2 μ—4 μ стоятъ въ противорѣчіи съ 7,5 μ, *средней* общей величиной кровяныхъ шариковъ, которые должны по нимъ проходить. Но уже a priori это кажущееся противорѣчіе не имѣетъ особаго основанія, потому что, какъ доказалъ это Boculien, кровяные шарики обладаютъ способностью измѣнять свою форму вытягиваться въ тончайшія нити, проходя трубочки съ очень узкимъ просвѣтомъ [1]). Но если это теоретически допустить, то для насъ, видѣвшихъ такіе тончайшіе капилляры, наполненные красными шариками, конечно не можетъ возникать и повода къ сомнѣнію.

Примѣчаніе. Вопросъ о пустокровныхъ капиллярахъ, когда таковые считались за лимфатическіе, имѣетъ свою маленькую исторію по поводу лягушечьихъ зародышей, гдѣ при наблюденіи живого животнаго найдены сосуды пустокровные, которые соединялись съ кровеносными и несли небольшое число кровяныхъ шариковъ. Kölliker [2]), описавшій ихъ, счелъ за капилляры лимфатическіе; связь ихъ съ кровеносными считалъ патологической, кровеносные же шарики въ этихъ капиллярахъ, по его мнѣнію, происходятъ 1) путемъ экстравазаціи, 2) примитивной форма-

---

1) Лавдовскій. 106, 405.
2) Annales d. Sciences Natureles III Serie zoologique tom. I 1846.

ціей, 3) обратнымъ токомъ изъ венъ. Remak[1]) (1850), на хвостѣ лягушки нашелъ такіе безкровные сосуды и считаетъ ихъ за лимфатическіе. Hys[2]) (1868), Langer[3]) (1868) и Rouget[4]) (1873) соглашаются съ этимъ и наконецъ Ranvier[5]). Вопросъ объ этомъ важенъ въ виду тѣхъ сомнѣній, которыя не разъ возникали въ литературѣ о функціи сосудовъ и даже о натурѣ тѣхъ изъ нихъ, которые оказывались иногда пустыми и въ нашемъ случаѣ въ виду того, что D-r Kronthal *тоже придалъ огромное* значеніе этой пустотѣ сосудовъ и считаетъ всѣ безкровные сосуды за лимфатическіе; сомнѣвается въ этомъ Strieker (Sitzungsbericht der Wiener Academie 52) и вмѣстѣ съ нимъ Голубовъ въ виду соединенія этихъ сосудовъ—пустокровныхъ съ кровеносными.

Wisotzky (Ibidem) же ставитъ прямо положеніе: то, что Келликеръ считалъ за лимфатическіе сосуды—суть кровеносные молодые капилляры, ибо они находятся съ кровеносной системой въ связи. Mayer (Sitzungs'-bericht der Wiener Academie 1885) имѣлъ возможность наблюдать въ этихъ пустокровныхъ сосудахъ сильный токъ крови, если органъ находится во влажной средѣ, при обратномъ же состояніи сосудъ сокращается до потери lumen. Этимъ изслѣдованіемъ отчасти опровергнуто мнѣніе Carter'a (Centrallblatt für Medicinische Wissenschaft 1870), что кровеносная система амфибій и млекопитающихъ стоитъ всюду въ связи съ лимфатическими сосудами помощью тончайшей сѣти плазматическихъ канальцевъ. Свѣдѣнія о такихъ тончайшихъ сосудцахъ встрѣчаются въ первый разъ въ литературѣ въ упомянутомъ краткомъ сообщеніи D-r Кронталя. Сообщеніе это производитъ впечатлѣніе скорѣе вопроса къ читателю, что означаютъ видѣнные имъ сосудцы, чѣмъ рѣшенія этого вопроса; хотя авторъ и относитъ ихъ тутъ же къ лимфатическимъ сосудамъ, но мотивировка этого отнесенія указываетъ лишь на полное незнакомство автора съ литературой и вообще сущностью дѣла. Авторъ говоритъ, что, такъ какъ въ этихъ капиллярахъ онъ не видалъ кровяныхъ шариковъ, и такъ какъ самые размѣры не допускаютъ мысли о возможности видѣть ихъ, такъ какъ сосуды эти не соединяются съ кровеносными капиллярами, и такъ какъ lumen ихъ тоньше lumen'a кровеносныхъ капилляровъ, то онъ считаетъ ихъ способными пропускать лишь лимфатическую плазму, т. е. считаетъ ихъ лимфатическими сосудами. (Статья озаглавлена: «къ вопросу о лимфатическихъ *путяхъ въ мозгу*).»

Какъ было уже указано, мы также видѣли такіе сосуды пустыми, но въ такомъ случаѣ и болѣе толстые съ вполнѣ проходимымъ lumen

---

[1]) Müllersche Archiv für Anatomie 1850.

[2]) Zeitschrift fnr Zoologie XII.

[3]) Sitzungs-Bericht Wiener-Academie 1868.

[4]) Archives de phisiologie et pathologie.

[5]) Traité technique d'histologie 623.

тоже были пусты, въ случаяхъ же съ плотно наполненными толстыми капиллярами и эти тончайшіе 1,7 μ—2 μ были также плотно наполнены.

D-r Kronthal не видѣлъ перехода пустокровныхъ сосудцевъ въ кровеносные сосуды, т. е. толстые капилляры, вѣроятно потому, что бралъ слишкомъ маленькіе кусочки ткани, гдѣ были лишь короткіе концы этихъ капилляровъ. Мы же на нашихъ препаратахъ могли прослѣдить ихъ соединенія и переходы въ толстые рѣшительно всюду.

Можно ли ихъ считать лимфатическими, какъ это дѣлаетъ Kronthal? Лимфатическіе капилляры по *Космовскому*[1]) характеризуются тѣмъ, что 1) просвѣтъ ихъ шире кровеносныхъ, 2) что они имѣютъ въ пустомъ видѣ перехваты и бухты. Наши же капилляры уже кровеносныхъ капилляровъ, уже самыхъ тонкихъ, доселѣ принимаемыхъ; стѣнки ихъ на пустыхъ сосудцахъ идутъ всюду параллельно, не образуя бухтъ, такъ какъ, кромѣ того, они соединяются съ кровеносными, наполнены бываютъ кровяными шариками, то ихъ можно отнести къ кровеноснымъ капиллярамъ.

Доказывать дальше дѣйствительность такого тонкаго lumen капилляровъ, значилобы утомлять чужое вниманіе и м. б. показать сомнѣвающемуся только излишнюю мелочность. Теперь же мы считаемъ доказаннымъ, 1) что тончайшая величина функціонирующихъ кровеносныхъ капилляровъ мозга не 4,5 μ, какъ до сихъ поръ было принято, а гораздо меньше до 1,5 μ, и такихъ капилляровъ можно считать въ среднемъ 10%, 2) сосуды описанные Кронталемъ не лимфатическіе, а кровеносные.

Имѣютъ ли значеніе эти тончайшія капилляры въ 1,5 μ—4,5 μ? Они имѣютъ значеніе уже не только потому, что ихъ число въ нормѣ до 15%, не только потому, что, ускользая отъ наблюденія, они уменьшили наши понятія о богатствѣ орошенія мозговой ткани, не только именно потому, что они ускользали и не были до сихъ поръ вовсе описаны, не только, что ихъ ложно поняли, какъ лимфатическіе капилляры, не только потому, что теперь они поставлены въ среду кровеносныхъ капилляровъ, имѣющихъ всѣ необходимыя свойства;—хотя всѣ эти отдѣльные пункты сами по себѣ очень важны и опредѣляютъ значеніе этихъ сосудцевъ, но болѣе важную цѣнность, они пріобрѣтаютъ при патологическихъ измѣненіяхъ стѣнокъ ихъ. Изъ нашихъ наблюденій мы пришли къ выводамъ, изложеннымъ ниже, что утолщающаяся стѣнка съуживаетъ lumen на капиллярахъ большихъ совершенно иначе, чѣмъ на тонкихъ, и на послѣднихъ этотъ процессъ на высокихъ стадіяхъ всегда ведетъ къ облитераціи, тогда какъ на большихъ капиллярахъ, въ извѣстныхъ случаяхъ, lumen становится еще шире. Такимъ образомъ при подобныхъ

---

[1]) Лавдовскій и Овсянниковъ: Строенія кровеносныхъ сосудовъ *Космовскаго*.

процессахъ съ утолщеніемъ стѣнки, а таковыхъ мы знаемъ между прочимъ: гіалинное, коллоидное, амилоидное, волокнистое и вѣроятно еще другія, встрѣчающіяся очень часто въ невропатологіи,—тончайшіе капилляры оказываются совершенно исключенными изъ системы кровообращенія совершенно облитеррованными или же значительно съуженными въ своемъ просвѣтѣ. Конечно, изъ числа питательныхъ путей 15% ихъ не можетъ не имѣть значенія въ дѣлѣ питанія ткани, и въ этомъ сказывается наибольшее значеніе этихъ тончайшихъ капилляровъ.

Не считая возможнымъ распространяться далѣе въ этомъ отношеніи, мы ограничимся здѣсь лишь краткимъ замѣчаніемъ, что уже на основаніи ихъ физіологическаго состоянія—строенія и т. д. и на основаніи далѣе особенностей ихъ патологическихъ измѣненій, существенно отличающихъ эти тончайшіе капилляры въ 2 μ отъ болѣе толстыхъ, позволительно, выдѣливъ ихъ изъ общаго числа капилляровъ, говорить о нихъ *отдѣльно*.

Интересенъ далѣе другой вопросъ: имѣютъ ли эти тончайшіе капилляры въ 1,2 μ—4,0 μ adventitiam? и такъ какъ эти капилляры суть кровеносные, то вообще, имѣютъ ли самые тончайшіе капилляры кровеносные adventitiam? Согласно существующему утвержденію авторовъ только переходные капилляры имѣютъ ее, тонкіе-же сосудцы таковой вовсе не содержатъ. Такъ какъ на нашихъ препаратахъ имѣлись капилляры всѣхъ размѣровъ, съ постепеннымъ переходомъ ихъ одинъ въ другой, то прослѣдить и провѣрить этотъ вопросъ было повидимому очень удобно. Мы упоминали уже, что на капиллярахъ въ 10 μ мы видѣли adventitiae въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отчетливо, такъ какъ она не прилегала тамъ плотно къ intimae. На тонкихъ и тончайшихъ же капиллярахъ такой отстающей въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видимой оболочки мы не могли замѣтить; стѣнка состояла, повидимому, изъ одной оболочки; наводили на сомнѣніе лишь двоякость формы ядеръ, о которыхъ мы упоминали, и которыя особенно рѣзко бросались въ глаза, именно, на тонкихъ и тончайшихъ капиллярахъ.

Правда, эта двоякость формъ не была явленіемъ постояннымъ, по мѣстамъ ядра кругловатыя отсутствовали, по мѣстамъ они были вытянуты и представляли переходныя стадіи къ формѣ продолговатыхъ. Тѣмъ не менѣе, при внимательномъ наблюденіи, эта двоякость формъ могла быть прослѣжена на капиллярахъ всѣхъ размѣровъ и на препаратахъ со всевозможными измѣненіями сосудовъ. Такія кругловатыя ядра мы видѣли, какъ уже упомянуто, на капиллярахъ болѣе толстыхъ, и тамъ эти широкія, короткія принадлежали adventitiam, это было ясно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она отстояла. На малыхъ же и тончайшихъ капиллярахъ, гдѣ они сидѣли большей частью близъ мѣстъ развѣтвленій, мы (согласно Hoffman'у) объяснили ихъ себѣ какъ простую м. б. функціональную

разновидность, вслѣдствіе которой м. б. широкія ядра сидятъ чаще близъ отхода вѣтвей. Мы упоминали уже ранѣе, что на тончайшихъ сосудцахъ въ 1,5 μ—2 μ, по мѣстимъ встрѣчались 2 ядра рядомъ или одно на другомъ, и при точномъ наблюденіи одно изъ нихъ оказывалось круглымъ, другое длиннымъ. Насъ интересовали такія мѣста именно потому, что послѣ долгихъ наблюденій мы могли вывесть заключеніе, что количество ядеръ уменьшается съ толщиной капилляра, и что на тончайшихъ изъ нихъ, 1,5 μ—2 μ, стѣнка могла бы удовлетвориться вполнѣ однимъ ядромъ, resp. одной клѣткой для образованія сосудца. Изъ рисунковъ капилляровъ съ посеребренными спайками эндотеліальныхъ клѣтокъ (Eberth) мы вынесли убѣжденіе, что клѣтка эндотелія плоская, очень длинная, по сравненіи съ длиной узкая; въ ней кругомъ ядра идутъ поля клѣточной массы, изъ нихъ наиболѣе короткія, идущія вдоль длиннаго діаметра, настолько однако широки, что всегда могутъ, завернувшись и приподнявшись надъ ядромъ, встрѣтиться, соединиться и образовать при этомъ любой lumen. Въ виду этой широты эндотельныхъ клѣтокъ, совершенно достаточной для образованія сосудца изъ одной клѣтки, существованіе 2 ядеръ въ одномъ поперечникѣ капилляра, другими словами, присутствіе 2 клѣтокъ, казалось, страннымъ и лишнимъ. Еще болѣе непонятнымъ являлось то, что одна изъ клѣтокъ именно круглая, лежала экцентрично, вдали отъ lumen, часто имѣя между lumen и собой длинное ядро. Далѣе насъ поражали такіе участки капилляровъ, гдѣ такія кругловатыя ядра встрѣчались рѣже, чѣмъ на другихъ сравниваемыхъ участкахъ. Въ дальнѣйшемъ наблюденіи оказалось, что длинныя веретенообразныя ядра сидятъ на довольно правильно отстоящихъ другъ отъ друга промежуткахъ, такъ что въ общемъ на 100—120 μ встрѣчаются 1, рѣдко 2 ядра при поперечникѣ капилляра 1,7 μ—1,5 μ; болѣе же короткія ядра представляли иныя отношенія: такой правильности въ нихъ не замѣчалось, наиболѣе часто эти кругловатыя ядра встрѣчались, какъ уже было сказано, въ мѣстахъ развѣтвленій капилляровъ—немного выше, немного ниже отхода стволика. Но такъ какъ они имѣли, вѣроятно, свою полную независимость отъ продолговатыхъ ядеръ, то и попадались такія мѣста, гдѣ и круглое, и длинное лежали рядомъ или одно на другомъ—при чемъ каждое изъ нихъ отправляло ему одному присущую функцію. Далѣе на препаратахъ, лежавшихъ очень долго въ picrocarmin'ѣ болѣе 24 часовъ, замѣчалась разница въ оттѣнкѣ окраски, причемъ продолговатыя ядра казались болѣе чисто окрашенными—темно красными, короткія же круглыя ядра, болѣе свѣтло окрашенными—свѣтло красными. Очень часто можно было замѣтить особенность въ самомъ строеніи этихъ разныхъ ядеръ: продолговатое ядро было слегка зернисто, круглое же нѣтъ. Еще болѣе рѣзкимъ моментомъ къ разграниченію этихъ ядеръ дали намъ нѣкоторые

препараты съ вѣроятными патологическими измѣненіями: длинныя ядра становились еще длиннѣе, доходя до 28 μ и больше, короткія круглыя же оставались неизмѣненными (см. главу Гранулезное перерожденіе intimae). Наконецъ, на многихъ препаратахъ мы нашли эти длинныя ядра на этихъ же тончайшихъ капиллярахъ треснувшими въ поперечномъ направленіи, такъ что тамъ, гдѣ эти трещины были глубоки, ядро раздѣлялось на нѣсколько плоскихъ цилиндровъ и 2 конуса, благодаря чему эти длинныя ядра распадались, круглыя же при этомъ сохранили свой прежній видъ и не имѣли трещинъ.

Изъ всѣхъ этихъ маленькихъ фактовъ мы получили увѣренность, что короткія ядра должны принадлежать другимъ клѣткамъ, другой болѣе стойкой м. б. природы, другой м. б. оболочкѣ, выраженіемъ которой они служатъ, и которая, одѣвая первую, располагаетъ свои ядра такъ, что они могутъ ложиться не только между продолговатыми ядрами (что не говорило бы за существованіе второй оболочки), но и въ одномъ поперечникѣ съ ними и что, если такая оболочка есть, она, можетъ быть, играетъ роль adventitiae.

Хотя однако adventitia тончайшихъ капилляровъ въ 0,004 μ авторами отвергается, а о капилларахъ тоньше 0,004 μ. до Kronthal не было рѣчи, но, конечно, по аналогіи тоже должна быть отвергнута,— тѣмъ не менѣе за необходимость существованія ея говорили такія напр. обстоятельства: мы замѣтили уже раньше, что встрѣчали иногда разрывы сосудцевъ; но форма этого разрыва имѣла характеръ сѣченія перпендикулярнаго къ оси сосуда, а не заостреннаго, срѣзаннаго какъ писчее перо—(что вытекало бы изъ формы клѣтки: вытянутый овалъ); каковую форму имѣютъ клѣтки, сворачивающіяся въ трубочку при отдѣленіи ихъ другъ отъ друга; такая форма перепендикулярнаго сѣченія соотвѣтствуетъ не отдѣленію ея краевъ, а разрыву самого тѣла клѣтки, соотвѣтствуетъ разрыву нѣсколькихъ оболочекъ вмѣстѣ, сразу, при чемъ линія разрыва можетъ лечь не по линіи спайки клѣтокъ одной оболочки, а соотвѣтственно болѣе слабому мѣсту нѣсколькихъ слоевъ, лежащихъ другъ на другѣ, т. е. отсюда изъ существованія перепендикулярнаго сѣченія можно было вывесть заключеніе, что стѣнка не однослойная, а состоитъ изъ нѣсколькихъ оболочекъ, иначе разрывъ ея былъ бы заостренный. За ту же неоднослойность, неоднородность стѣнки говорило наблюденіе, сдѣланное на нашихъ препаратахъ, что клѣтки intimae въ высшей степени не плотно склеены между собой и всюду при изслѣдованіи даже совершенно повидимому нормальныхъ большихъ и переходныхъ капилляровъ и маленькихъ артерій можно было встрѣтить свернувшіяся въ трубочки эндотеліальныя тѣльца, отдѣлившіяся отъ стѣнки и другъ отъ друга. Тотъ же фактъ удивительной рыхлости соединенія клѣтокъ intimae встрѣ-

тили мы еще у двухъ авторовъ въ литературѣ у Löwenfeld'a[1]) и Legros[2]). Löwenfeld видѣлъ въ просвѣтѣ маленькихъ мозговыхъ артерій какіе то лентообразные свертки, тянувшіеся вдоль оси. Ему удалось выжать этотъ свертокъ изъ артеріекъ, и къ удивленію своему онъ увидѣлъ свернувшіяся внутри сосуда и отпавшія клѣтки intimae. То же самое описываетъ Legros; послѣдній работалъ не надъ больными сосудами и притомъ не человѣка, а надъ нормальными артерійками мозга быка и также нашелъ рыхлыя сцѣпленія клѣтокъ intimae, которыя лежали разъединенными на препаратѣ, выпавъ изъ сосуда. Несмотря на такое рыхлое соединеніе клѣтокъ intimae между собою, наши капилляры, даже самые тончайшіе представляютъ нерасчлененныя нити, тянущіяся цѣлыми не разъединенными не только при нормальномъ состояніи ихъ составныхъ частей, но даже и тогда, когда, какъ мы объ этомъ упоминали, ядра оказываются поперечно треснувшими, и трещины эти раздѣляютъ ихъ на отдѣльные сегменты, когда естественно можно ожидать распаденія эндотеліальныхъ клѣтокъ, которымъ принадлежатъ эти ядра, а вмѣстѣ съ тѣмъ и распаденія сосуда съ выпаденіемъ обломковъ ядеръ resp. наружу. Тѣмъ не менѣе, несмотря на распаденіе ядеръ на отдѣльные сегменты (что указываетъ на смерть клѣтокъ), сосудъ все таки сохранялъ свою прежнюю форму и внѣшній видъ, тянулся по полю зрѣнія, а распавшіяся части ядра лежали какъ бы въ футлярѣ. Эта сохранность сосудца съ такими распадающимися составными частями его эндотеліальныхъ веретенообразныхъ ядеръ можетъ быть объяснена лишь существованіемъ еще одной оболочки, которая не участвуетъ въ заболѣваніи или м. б. болѣе прочна и въ общемъ сохраняетъ цѣлость сосудца.

Что какая то оболочка должна быть помимо intimae, мы убѣдились на основаніи одного патологическаго случая, гдѣ всѣ капилляры, отъ толстыхъ и среднихъ до самыхъ тончайшихъ, представляли одно и то же измѣненіе, касающееся только intimae[3]). Заболѣваніе это имѣло нѣсколько стадій: въ первой изъ нихъ intima набухала громаднымъ образомъ, закрывала свой lumen, расширялась по внѣшней периферіи и сообщала это движеніе общей толщинѣ сосуда, такъ что получались утолщенія, вздутія, въ 2—3 раза превосходящія нормальную его толщину.

Въ этихъ набуханіяхъ участвовали однако только лишь длинныя ядра, которыя и входили всецѣло своими концами въ эти вздутія; въ другихъ мѣстахъ сосудъ былъ значительно съуженъ.

---

[1]) Studien über Aetiologie der Hirnbluthung.

[2]) Loco citato.

[3]) Восковидное перерожденіе ея.

Круглыя ядра не участвовали въ этомъ набуханіи, онѣ лежали снаружи этихъ вздутій и имѣли нормальный видъ. Что здѣсь было только одно заболѣваніе intimae въ этомъ можно было убѣдиться на толстыхъ капиллярахъ въ 8 μ. съ признанной adventitia. На нихъ, именно въ мѣстахъ, отвѣчающихъ перехвату, растянутая вздутіямя adventitia должна была проходить надъ съуженнымъ мѣстомъ, гдѣ лежало длинное ядро; въ этомъ мѣстѣ мы могли отчетливо видѣть ее совершенно неизмѣненной, нормальной. Въ слѣдующей стадіи эти вздутія, состоящія только изъ intimae начинаютъ отчасти поперечно трескаться и образовывать зіяющія щели; благодаря этимъ зіяніямъ на всѣхъ вздутіяхъ, въ толстыхъ въ 8 μ. и среднихъ въ 4 μ.— 5 μ. капиллярахъ, можно было отчетливо видѣть перебѣгающую черезъ нихъ въ видѣ мостика тончайшую оболочку; чѣмъ тоньше былъ сосудецъ, тѣмъ тоньше была эта оболочка; но на самыхъ тончайшихъ эти зіяющія щели были такъ незначительны, что увидѣть что-либо ясное представляло трудности. Ядра длинныя въ этой стадіи сильно страдали, плохо окрашены, уменьшены въ размѣрахъ съ признаками атрофіи, ядра же круглыя остались и здѣсь очень хорошо сохранившимися.—Намъ казалось страннымъ это совпаденіе заболѣванія intimae и вовлеченія въ процессъ длинныхъ ядеръ, при полномъ не участіи въ процессѣ круглыхъ ядеръ; намъ казалось еще болѣе достойнымъ вниманія (несмотря на распаденіе вздутій и начинающуюся атрофію длинныхъ ядеръ) хорошее сохраненіе ядеръ круглыхъ и существованіе какой то нѣжной оболочки, перебѣгающей черезъ щели во второй стадіи. Это странное совпаденіе легче всего могло бы объясняться тѣмъ, что эти ядра суть только представители этой оболочки, перебѣгающей щели во второй стадіи, или adventitiae въ первой стадіи. Если бы дѣло касалось лишь однихъ толстыхъ капилляровъ съ признанной adventitia, гдѣ Axel-Key и Retzius нашли круглыя ядра, спеціально принадлежащія ей, мы не сомнѣвались бы, что это adventitia, но дѣло шло и о капиллярахъ въ 4 μ., гдѣ adventitia отвергалась всѣми. Хотя круглыя ядра на толстыхъ капиллярахъ мы могли отнесть къ adventitiae потому, что видѣли ее отчетливо въ первомъ стадіи; но на основаніи нахожденія круглыхъ ядеръ на самыхъ тончайшихъ капиллярахъ и полной сохранности ихъ, несмотря на заболѣваніе длинныхъ, мы не могли сказать, что здѣсь тоже есть adventitia: ни въ первомъ стадіи процесса, ни во второмъ мы ее, какъ отчетливую, самостоятельную оболочку не видѣли—аналогія-же съ болѣе толстыми на основаніи только круглой формы ядеръ была бы очень опасна.

Въ слѣдующемъ III стадіи начинался регресивный метаморфозъ въ этихъ вздутіяхъ: исчезали послѣдовательно длинныя ядра, а затѣмъ вся набухшая масса intimae распадалось на отдѣльныя неправильныя призмочки. Этотъ процессъ наблюдался, какъ мы уже указали, на всѣхъ ка-

пиллярахъ толщиной отъ 10 μ.—1,5 μ.; тѣмъ не менѣе всѣ эти капилляры, несмотря на это полное распаденіе, сохранили совершенно внѣшній видъ сосуда, тянулись по полю зрѣнія длинными, непрерывными линіями. Однако при внимательномъ наблюденіи этихъ капилляровъ причина ихъ непрерывности, несмотря на распаденіе предшествовавшихъ вздутій на отдѣльныя комочки, понималась сразу на болѣе толстыхъ и среднихъ (до 4 μ.) капиллярахъ. Всюду здѣсь можно было видѣть очень тонкую оболочку, перебѣгавщую въ видѣ мостика по контуру сосудца съ призмочки на призмочку, отчетливо различимую въ интервалахъ между таковыми, которая очевидно удерживала этотъ распадъ, какъ въ футлярѣ. Эта оболочка переходила непрерывно въ такую же оболочку толстыхъ капилляровъ, ее мы поняли какъ adventitiam. Характерно было, что въ этой стадіи и круглыхъ ядеръ было очень мало видно и они имѣли ненормальный видъ; но такъ какъ ихъ не было не только на маленькихъ, но и на толстыхъ капиллярахъ, гдѣ adventitia была признана различимой и теперь слишкомъ отчетливо различима, то отсутствіе этихъ ядеръ на малыхъ капиллярахъ въ 4 μ. могло лишь указывать, что круглыя ядра, принадлежащія этой оболочкѣ, подъ конецъ могли сами принять участіе въ страданіи.

Мы вполнѣ были уже убѣждены вь существованіи adventitiae на маленькихъ и тончайшихъ капиллярахъ въ виду высказанныхъ соображеній и предполагали, что сама оболочка слишкомъ тонка, чтобы вообще можно было ее видѣть отдѣльно, что она плотно прилежитъ къ intima всюду, что ядра ея сидятъ снаружи ея; но случайно мы окрасили свѣжій препаратъ кислымъ Эрлиховскимъ ядернымъ гематоксилиномъ уже подъ стеклышкомъ, предварительно расплоставъ его тонкимъ слоемъ. Во время этой манипуляціи слизеподобныя мозговыя массы, составлявшія фонъ препарата слегка сжались, отошли отъ тончайшихъ капилляровъ въ 1,5 μ.—2 μ., оставивъ ихъ свободно течь, и мы увидѣли самымъ точнымъ образомъ, какъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отъ стѣнки капилляра подлѣ круглаго ядра приподнимается тончайшая складка—оболочка всходитъ на ядро, окутываетъ его, переходитъ далѣе черезъ него и вновь сливается съ общимъ контуромъ сосуда. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ подымается такая складка на ядро и спускается съ него, по другую сторону lumen сосуда нисколько не измѣняется; а ядро, открытое одной стороной къ ядру лежитъ внутри слегка полукруглаго трехугольнаго пространства, основаніе котораго былъ свѣтлый контуръ сосуда или lumen его, а стороны—краевой контуръ складки, окутывающей его. Особенно демонстративно это было въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ лажали 2 ядра въ одномъ поперечникѣ, причемъ lumen тёкъ черезъ длинное ядро, такъ что круглое лежало на немъ, какъ на основаніи, а складки оболочки, подымаясь съ длиннаго окутывали свободно круглое ядро. Объ-

яснить неизмѣненное состоянiе lumen и въ тоже время появленiе изъ его стѣнки тончайшей складки оболочки, которая входила и окутывала круглое ядро, оставляя при этомъ на полюсѣ ядра нѣкоторыя пустоты, можно было такимъ образомъ, что круглое ядро лежитъ не въ толщинѣ однослойной оболочки, которая окружаетъ свои ядра протоплазмой, ибо послѣдняя тѣсно прилежала-бы къ концамъ ядра такъ-же какъ и срединѣ его и не давала бы пустотъ, но что оно лежитъ между 2 свободными оболочками, одѣвающими одна другую, и которыя, прилегая другъ къ другу плотно, расходятся при появленiи между ними тѣла, играющаго роль клина, раздвигающаго эти оболочки. Одна изъ этихъ оболочекъ ведетъ главнымъ образомъ lumen и сохраняетъ его во всѣхъ случаяхъ. Сидящее между этой и другой оболочкой круглое ядро не давитъ на нее, не уменьшаетъ его просвѣта, онъ продолжаетъ течь мимо него такъ же какъ текъ раньше; другая оболочка, вѣроятно, укрѣпляетъ первую; на мѣстѣ круглаго ядра она достаточно широка, вслѣдствiе чего можетъ образовать легкiя пустоты на концахъ ядра. Первая оболочка имѣетъ свои особенныя ядра, которыхъ она одѣваетъ, которыя лежатъ при всѣхъ условiяхъ внутри ея. Эти ядра продолговатыя, онѣ ведутъ иную жизнь, чѣмъ ядра круглыя, страдаютъ, когда тѣ могутъ быть здоровы и на оборотъ. Ядра круглыя принадлежатъ другой оболочкѣ. Они располагаются независимо отъ первыхъ и такъ какъ ихъ роли иныя, то часто они лежатъ другъ близъ друга и часто другъ на другѣ. Но такъ какъ lumen течетъ по первой оболочкѣ—течетъ мимо resp, черезъ ея ядра, то въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ ядро круглое лежитъ на ядрѣ длинномъ—основанiемъ треугольнаго пространства или хорды, въ которомъ лежитъ круглое ядро, будетъ по прежнему lumen, но текущiй въ это время черезъ длинное ядро, т. е. другими словами основанiемъ будетъ само длиное ядро. Изъ этихъ двухъ оболочекъ первая, ведушая lumen, можетъ называться только intima, что же касается второй, то вполнѣ ясно, что это и есть именно adventitia, что она не такъ плотно соединено съ intima, чтобы не имѣть возможности отойти отъ нея, и что ядра свои она несетъ не снаружи, а внутри. Мы пересмотрѣли другiе препараты и всюду нашли тѣ-же складки, одѣвающiя круглыя ядра. Намъ оставалось еще не яснымъ какъ относится adventitia и intima въ пространствѣ между своими ядрами—прилегаетъ ли она только и способна отойти отъ нея или-же плотно слита съ нею въ одно цѣлое и только въ мѣстахъ ея ядеръ позволяетъ себѣ отдѣлиться отъ intimae. Случайно намъ попались патологическiе капиляры, гдѣ и intima и adventitia представлялись страдающими endo-periarteriitis.

Обѣ оболочки представляли утолщенiе хотяже въ равной мѣрѣ. Въ силу этого утолщенiя, какъ намъ теперь ясно, периферiя ихъ пер-

пендикулярнаго сѣченія измѣнялась: они не могли сохранять прежнее положеніе относительно оси сосуда,—должны была отойти отъ нея болѣе или менѣе въ зависимости отъ того какъ велико утолщеніе ихъ и такъ какъ обѣ были затронуты не въ равной степени, то и степень ихъ отстоянія отъ оси сосуда была различна. Благодаря этому въ стѣнкѣ сосуда появлялась щель, раздѣлявшая ее на два слоя и тянувшаяся начинаясь отъ толстыхъ капиляровъ вплоть до самыхъ тонкихъ, до 2,5 μ. На капилярахъ болѣе тонкихъ, 1,7 μ.—1,5 μ., такой непрерывной щели въ силу особенностей страданія, не было видно, но это раздѣленіе оболочекъ было и здѣсь, хотя и сказывалось нѣсколько иначе. Именно благодаря вѣроятно большему страданію intimae послѣдняя поднялась складками внутрь просвѣта сосуда, а наружная оболочка, въ этихъ складкахъ не участвуя, продолжала течь своимъ путемъ. Благодаря этому дифференцировка оболочекъ была очень ясна, причемъ можно было прослѣдить какъ эти дифференцируемыя оболочки на самыхъ тончайшихъ капилярахъ 1,7 μ. переходили непосредственно на большихъ капилярахъ въ 4 μ. въ такія же, но уже отдѣленныя другъ отъ друга щелью.

Другой случай съ гіалиновымъ перерожденіемъ стѣнки представлялъ тоже явленіе; раздѣленіе оболочекъ щелью въ ихъ теченіи и щель эту можно было прослѣдить отчетливо до капиляровъ въ 3,0 μ.

Эти два заболѣванія были послѣднимъ моментомъ освѣщающимъ фактъ существованіи adventitiae.

Въ началѣ изученія вопроса мы, строго вѣруя авторитету тѣхъ ученыхъ, которыхъ мы перечислили, не думали вовсе о возможности существованія adventitiae на тончайшихъ сосудахъ. Насъ интересовало лишь различіе 2-хъ сортовъ ядеръ, которое выражалось не только въ формѣ строеніи, но такъ-же и въ различной ихъ реакціи при заболѣваніи: одни распадались, другія оставались нормальными.

Слѣдующимъ моментомъ, который заставилъ насъ думать что эти различныя ядра принадлежатъ различнымъ оболочкамъ и вслѣдствіе этого такъ различаются другъ отъ друга, было наблюденіе нѣкоторыхъ заболѣваній intimae, о которыхъ мы упоминали, гдѣ капилляръ оставался цѣлымъ, несмотря на распаденіе ея, гдѣ ядра круглыя оставались долгое время нетронутыми и гдѣ видна была какая-то оболочка, удерживающая распадъ какъ въ футлярѣ.

Полное убѣжденіе, что эти ядра принадлежатъ различнымъ оболочкамъ, получилось у насъ послѣ изученія тѣхъ мѣстъ тончайшихъ нормальныхъ капилляровъ, гдѣ два различныя ядра лежали другъ на другѣ, черезъ длинное ядро текъ lumen сосуда, круглое же ядро окутывалось особенной оболочкой, отдѣлявшейся отъ общей стѣнки пустотой, причемъ, несмотря на отдѣленія отъ общей стѣнки части ея, lumen ея

всетаки былъ одѣтъ оставшейся на мѣстѣ оболочкой. Если и послѣ этого существовало какое нибудь сомнѣніе, не столько въ существованіи adventitiae, сколько въ отношеніи этихъ двухъ оболочекъ другъ къ другу, то послѣ капилляровъ, представлявшихъ гіалиновыя и періартеріитическія измѣненія съ щелью въ стѣнкѣ, раздѣляющей ее на двѣ самостоятельныя оболочки, сомнѣнія въ существованіи, конечно, болѣе невозможны; но кромѣ того выясняется тотъ важный фактъ, что нормальная adventitia всегда плотно прилежитъ къ intima, отходитъ лишь отъ нея, чтобы одѣть круглое ядро, однако она не слита съ ней въ одно сплошное цѣлое, и при патологическихъ условіяхъ, именно благодаря такому простому прилеганію, а не сращенію—отходитъ на большее или на меньшее растояніе. Такимъ образомъ adventitia, переходя на самые тончайшіе капилляры въ 1,5 μ, одѣваетъ всю кровеносную систему мозга, а не одни только переходные капилляры, какъ это принято до сихъ поръ.

Мы уже окончили свои заключенія, когда увидѣли у Key и Retzius тѣ же разныя формы ядеръ, отнесенныя подобно нашимъ къ различнымъ оболочкамъ—длинныя къ intimae, а круглыя къ adventitiae. Мы можемъ лишь прибавить, что то, что Key и Retzius представили для капилляровъ въ 8 μ и, что до сихъ поръ не подтверждено, мы нашли какъ на капиллярахъ ихъ размѣровъ, такъ и на тѣхъ, о существованіи которыхъ они не знали и не упоминаютъ: тончайшихъ сосудцевъ въ 1,7 μ—1,5 μ. Значеніе нашихъ ядеръ вполнѣ совпадаетъ съ тѣмъ-же громаднымъ различіемъ ядеръ, принадлежащихъ обѣимъ оболочкамъ, которое Mayer [1]) нашелъ въ глазу лягушки, гдѣ оно заключалось въ формѣ, нюансѣ, тонкой структурѣ ядеръ (ядра adventitiae имѣли отростки) и ихъ положеніи (ядра adventitiae встрѣчались особенно часто въ мѣстахъ развѣтвленій), такъ что авторъ, на основаніи этихъ различій, считалъ возможнымъ доказать существованіе adventitiae на капиллярахъ глаза лягушки. Два различные сорта ядеръ видалъ и Hoffman [2]), но не придалъ имъ особаго значенія, а между тѣмъ, вѣроятно, описанныя имъ, какъ два вмѣстѣ лежащія, ядра эндотелія, различались или должны были-бы различаться послѣ продолжительной окраски пикрокарминомъ такъ-же какъ и наши; навѣрное одно изъ 2 вмѣстѣ лежащихъ было короткое, широкое, свѣтлѣе окрашенное; навѣрно другое было длиннѣе, темнѣе окрашенное, носило отчетливую въ нѣкоторыхъ случаяхъ зернистость; навѣрно указанныя имъ какъ встрѣчающіяся на

---

[1]) Studien uber Histologie der Bluthsysthem. Wiener Academie Sitzungsbericht. 1886. Heft. 51.

[2]) Loco citato.

мѣстѣ развѣтвленій болѣе широкія ядра были въ тоже время и болѣе коротки, т. е. отвѣчали нашимъ кругловатымъ ядрамъ.

Нѣтъ особенныхъ поводовъ считать эту adventitiam capillaris лишь за лимфатическое влагалище сосудовъ, которымъ послѣдніе одѣваются, проникая въ мозгъ. Послѣднее слѣдовало-бы изъ работы Adler'а [1]), устанавливающаго, что pia одѣваетъ въ видѣ воронки adventitiam при входѣ въ кору и сопровождаетъ сосуды всюду. Это доказываетъ онъ инъекціями краски въ субъ арахноидальное пространство, при чемъ краска не проникаетъ въ сосуды piae, но окружаетъ ихъ въ ткани мозга. Adler не оттѣняетъ точно, какъ далеко проникаетъ инъекціонная масса въ ткань вмѣстѣ съ сосудами и не прилагаетъ рисунковъ. Изъ работы же и рисунковъ Key и Retzius видно, что такой инъекціонный покровъ тянется лишь нѣсколько миллиметровъ и то только около сравнительно толстыхъ сосудцевъ—артеріекъ.

Нашу оболочку нельзя считать за оболочку перилимфатическаго пространства Hys'а; послѣдняя отрицается такими изслѣдователями, какъ Golgi [2]), Eberth [3]), Фромманъ, Эйхгорстъ, Саппей [4]), Hoffman и Rauber [5]) подъ конецъ и самъ Hys [6]). Изслѣдованіе же Rosbach и Zehrwald [7]) болѣе не убѣдительны. Мы можемъ считать нашу оболочку только adventitiam, ибо на нашихъ капиллярахъ мы могли прослѣдить ее до adventitia толстыхъ капилляровъ, во вторыхъ за это же говорятъ патологическіе процессы, разыгрывавшіеся въ ней, совершенно неизвѣстные для Hys'овскаго влагалища—описанные для adventitiae—(periarteristis). Противъ существованія такой второй оболочки resp. adventitiae не говорятъ такія мѣста на тончайшихъ капиллярахъ, гдѣ глазъ, привыкшій встрѣчать круглыя ядра на опредѣленномъ разстояніи, тутъ находитъ ихъ такъ же часто, а гораздо рѣже болѣе удаленными другъ отъ друга. Это обстоятельство объясняется вполнѣ удобно тѣмъ, что клѣтки adventitiae распредѣляютъ свои ядра очень капризно, какъ это описалъ Löwenfeld [1]), на большихъ артерійкахъ, и съ другой стороны тѣмъ, что, какъ доказалъ Legros [2]) и Eberth [3]), не всѣ клѣтки adventitiae имѣютъ ядра; если это незамѣтно такъ выразительно на капиллярахъ толстыхъ,

---

[1]) Archiv für Psichiatrie V.
[2]) Archives de phisiologie 1873. Combault.
[3]) Штриккеръ. Руководство къ Гистологіи. 1873 ст. 241.
[4]) Овсянниковъ и Лавдовскій l. c. ст. 421.
[5]) Lehrbuch Anatomie des Menschen. Erlangen 1886. 343.
[6]) Штриккеръ. Loco citato.
[7]) Medicinisches Centralblatt. 1888.
[1]) Loco citato.
[2]) Loco citato.
[3]) Virchov's Archiv Bd. 49.

въ виду того что здѣсь въ извѣстномъ поперечникѣ всегда наберется достаточно ядеръ, которыя маскируютъ отсутствующихъ, то это рѣзко бросается въ глаза на очень тонкихъ капиллярахъ, гдѣ только одно ядро сидитъ на поперечникѣ.

Но всѣ эти возраженія противъ существованія adventitiae, которыя дѣлаемъ мы сами лишь во избѣжаніе упрека въ недостаточной критикѣ найденнаго и непринятія во вниманіе возможныхъ возраженій, рушатся сами собой вполнѣ при видѣ ея складки, одѣвающей въ нормальномъ состояніи ядра, при возможности прослѣдить переходъ этотъ adventitiae съ большихъ капилляровъ на тончайшіе при патологическихъ обстоятельствахъ, гдѣ оболочки раздѣлены щелью. Такимъ образомъ мы приходимъ къ заключенію: 1) что adventitia существуетъ на тончайшихъ капиллярахъ и имѣетъ 2) свои собственныя ядра; 3) ядра эти сидятъ на внутренней поверхности ея.

Важность значенія указанія adventitiae на тончайшихъ капиллярахъ опредѣляется не только значеніемъ всякой новой находки, прибавляющей новыя данныя къ запасу прежнихъ, не только новымъ принципомъ, который вводится при этомъ именно, что adventitia одѣваетъ всю кровеносную систему головного мозга;

Не только тѣмъ, что этой работой по видимому устраняются 2 вопроса, тяготившіе надъ adventiti'ей: 1) какъ далеко простирается она на капилляры и 2) оканчивается ли она тамъ свободнымъ отверстіемъ вокругъ intimae или сливается съ послѣдней и образуетъ слѣпой мѣшокъ; это значеніе, безспорно большое, имѣетъ не только гистологическій или физіологическій интересъ.

Для невропатолога или психіатра, несравненно болѣе важно существованіе adventitiae на тончайшихъ капиллярахъ при патологическихъ условіяхъ тончайшихъ сосудцевъ, потому что въ цѣломъ рядѣ заболѣваній мозговыхъ капилляровъ adventitia оказывается болѣе способной къ сопротивленію и сохраняетъ цѣлость сосуда, несмотря на гибель intimae и этимъ обезпечиваетъ, можетъ быть, возможность возстановленія кровообращенія въ фокусахъ заболѣванія.

Съ другой стороны adventitia имѣетъ свои спеціальныя заболѣванія, которыя простираются до самыхъ тончайшихъ капилляровъ; конечно, не найдя ея предварительно и не доказавъ ея существованія на этихъ капиллярахъ, нельзя ни видѣть этихъ заболѣваній наружной оболочки, ни доказать ихъ, какъ представляющихъ именно заболѣвшую adventitiam— сюда напр. относится periarteriitis маленькихъ капилляровъ, вѣроятно, коллоидное заболѣваніе ихъ и т. д.

Что касается вопроса о нормальномъ просвѣтѣ (D.—lumen) капилляровъ, то мы ограничили себя лишь сосудами размѣровъ отъ 10 μ до самыхъ тонкихъ; эту задачу мы выполнили тщательнымъ измѣреніемъ его въ каждомъ данномъ случаѣ. Вопросъ о нормальности его рѣшался, принимая во вниманіе состоянія стѣнокъ сосудцевъ, если таковыя были совершенно прозрачны съ нормальнымъ блескомъ, слегка запылены, если оболочки при этомъ плотно прилегали другъ къ другу, если, наконецъ, и это самое важное, ядра были нормальны своей хорошей окраской яснымъ контуромъ, были цѣлы, не были измѣнены въ числѣ или величинѣ и т. д. Если на основаніи этихъ соображеній мы приходили къ убѣжденію, что капилляры неизмѣнены, тогда ихъ lumen мы считали нормальнымъ. Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ: когда стѣнка имѣла щель между intima adventitia, когда оболочка имѣла утолщенный видъ, неестественный блескъ, ея ядра при этомъ большей частью уменьшены были въ величинѣ, числѣ и плохо окрашены; если въ другихъ случаяхъ стѣнка была не прозрачна и ядра ея при этомъ измѣнены были въ формѣ цѣлости, окраскѣ и т. д.; если были случаи, гдѣ стѣнка отличалась хрупкостью, а вмѣстѣ съ тѣмъ ядра были плохо окрашены, уменьшены въ количествѣ и величинѣ; если стѣнка отличалась удивительной стойкостью къ сильнѣйшимъ реактивамъ, какъ напр. растворъ КНО и т. д.

Въ такихъ случаяхъ мы не включили въ число нормальныхъ измѣреній, числа, полученныя измѣреніемъ этого lumen, и смотрѣли на нихъ какъ на отклоненіе отъ нормы.

Для опредѣленія извѣстнаго соотношенія между lumen и толщиной сосудца мы измѣряли во всѣхъ случаяхъ не только lumen и общую толщину сосудца, но и толщину стѣнки и даже толщину отдѣльныхъ оболочекъ, гдѣ это было возможно. Результатомъ нашихъ измѣреній просвѣта нормальныхъ капилляровъ былъ рядъ цифръ, изъ которыхъ вытекало, что отношеніе lumen къ общей толщинѣ капилляра колеблется и въ среднемъ lumen равенъ $^3/_4$—$^7/_8$ всей толщинѣ сосуда. Изъ тѣхъ же измѣреній вытекало, что одинъ изъ главнѣйшихъ моментовъ, вліяющихъ на просвѣтъ капилляра есть толщина его стѣнки, которая при нормальныхъ однако капиллярахъ не представляетъ сильныхъ колебаній и равна приблизительно $^1/_8$—$^1/_{16}$ всей толщины сосудца. Изъ тѣхъ же наблюденій выходило, что при нормальныхъ условіяхъ lumen сосуда представляетъ трубку съ совершенно паралельными линіями. Только на мѣстѣ ядра, можно по временамъ говорить о легкомъ съуженіи его, хотя это съуженіе есть лишь обманъ зрѣнія, обусловленный невозможностью точно вымѣрить темныя границы просвѣта, протекающаго черезъ темное же ядро.

Случай haematomyeliae centralis.

ОРДИНАТОРА КЛИНИКИ НЕРВНЫХЪ И ДУШЕВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

А. Кульженко.

(*Изъ клиники нервныхъ болѣзней проф. Сикорскаго*).

Просматривая литературу по haematomyeliae centralis, нельзя не замѣтить, что вопросъ о предсказанiи стоитъ недостаточно опредѣленно. Это обусловливается съ одной стороны невозможностью наблюдать больныхъ въ теченiе продолжительнаго времени, съ другой стороны небольшимъ числомъ описанныхъ случаевъ. Поэтому намъ кажется не лишеннымъ интереса всякое вновь появляющееся описанiе названной болѣзни. Въ нашемъ случаѣ заслуживающимъ вниманiя является также присутствiе атрофiи кожи у больной. Этотъ признакъ болѣзни не встрѣчается, насколько мнѣ извѣстно, въ описанiяхъ центральной гематомiелiи.

Больная Моз., 40 лѣтъ, 9-го Iюля 95 года оступилась и упала въ погребъ съ высоты 6-ти аршинъ. Минуту, другую сознанiе ея было помрачено, затѣмъ явилось совершенно ясное пониманiе того, что произошло; больная стала дѣлать попытки встать, причемъ чувствовала, что одна ея нога лежитъ на другой (дѣло было въ темнотѣ), но пошевелить ногами не могла; руками же и головой двигала свободно.

Больную доставили въ хирургическое отдѣленiе Городской Александровской Больницы, гдѣ у нея не было обнаружено ни переломовъ какихъ бы то ни было костей, ни замѣтнаго смѣщенiя позвонковъ. Въ области поясницы обширный кровоподтекъ.

Только часовъ черезъ 10 у больной появились незначительныя движенiя въ тазобедренныхъ и колѣнныхъ суставахъ, тогда какъ ни стопой, ни пальцами больная не владѣла. Никакихъ болей въ ногахъ, кромѣ болѣзненности въ ушибленной пояcницѣ. Въ листкѣ хирурги-

ческаго отдѣленія отмѣчено измѣненіе только болевой и тактильной чувствительности, именно пониженіе ихъ на голеняхъ и стопахъ. Въ теченіе первыхъ двухъ недѣль приходилось опорожнять пузырь катетеромъ и, кромѣ того, прибѣгать къ сильнымъ слабительнымъ для опорожненія кишечника.

Черезъ 2 мѣсяца у больной появились по ночамъ рѣзкія подергиванія въ мышцахъ ногъ и непроизвольныя объемистыя движенія во всѣхъ ножныхъ суставъ. Сгибаніе и разгибаніе, поднятіе и подбрасываніе ногъ, мелкая игра пальцами—всѣ эти неудержимыя движенія очень безпокоили больную; между тѣмъ сама она большинство этихъ движеній сдѣлать не могла. Въ это же время, а иногда и днемъ, на ногахъ выступалъ потъ, и изрѣдка стали появляться въ нихъ боли. Самостоятельно ни стоять, ни ходить больная не могла.

25 октября, на 4-мъ мѣсяцѣ болѣзни, она была переведена въ клинику нервныхъ болѣзней, гдѣ распросъ и объективное изслѣдованіе дало слѣдующій результатъ.

Родители дожили въ здоровьѣ до глубокой старости, въ семьѣ вообще нѣтъ ни алкоголиковъ, ни сифилитиковъ. Сама больная пользовалась обыкновенно здоровьемъ, тяжелыхъ болѣзней не имѣла, съ малыхъ лѣтъ занималась хозяйствомъ и шитьемъ, сильныя огорченія если и бывали, то долгихъ послѣдствій не имѣли; не куритъ, не пьетъ, сифилисъ и какія либо отравленія отрицаетъ.

Моз. средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Костный скелетъ построенъ правильно, мускулатура вообще развита удовлетворительно, кожа и слизистыя оболочки окрашены нормально безъ ціаноза. Лимфатическія железы увеличенными не прощупываются. Кровеносная система въ порядкѣ.

Сознаніе ясное, головные нервы всѣ нормальны, и дыханіе правильно, чувствительность и движенія въ верхней части тѣла и до пояса не нарушены.

Нижніе грудные позвонки и верхніе поясничные незначительно выдаются надъ общимъ уровнемъ. Давленіе на нихъ не болѣзненно. Тонусъ мускулатуры бедеръ пониженъ, мышцы голени и стопъ совсѣмъ дряблы, что выражено больше въ лѣвой ногѣ; когда больная сидитъ, то стопы безпомощно свисаютъ книзу. Никакихъ активныхъ движеній въ пальцахъ и голенно-стопныхъ суставахъ. Приводящія мышцы праваго бедра обладаютъ нѣкоторой силой, остальныя же группы мышцъ бедра и таза работаютъ слабо. Онѣ вяло отвѣчаютъ на раздраженіе перемѣнными токами при совершенно сдвинутыхъ катушкахъ индукціоннаго аппарата и на постоянный токъ при силѣ его въ 15—25 МА. Мышцы же голени и стопы совершенно не реагируютъ на токъ.

Особенное вниманіе обращаетъ на себя чувствительность. Тактильная не измѣнена. Болевая рѣзко понижена книзу, начиная отъ верхняго края колѣннаго сустава сзади ноги и отъ нижняго спереди. Она совершенно отсутствуетъ въ нижней трети голени и на стопахъ. Уколы ощущаются то, какъ дотрагиваніе щепкой,—тупой, конечно,—то какъ простое прикосновеніе. Изслѣдованіе электрокожной чувствительности показало:

	Правая сторона.		Лѣвая сторона.	
	1-е ощущ.	Ощущ. боли.	1-е ощущ.	Ощущ. боли.
Лобъ	90.0	80.0	90.0	75.0
Подъ ключицами	85.0	70.0	90.0	65.0
Животъ	100.0	75.0	100.0	80.0
Подъ лопатками	85.0	75.0	90.0	80.0
Плечо спереди	100.0	75.0	85.0	75.0
» сзади	95.0	75.0	100.0	70.0
Предплечіе спереди . . .	100.0	70.0	90.0	70.0
» сзади	90.0	70.0	100.0	65.0
Ладонь	100.0	65.0	105.0	65.0
Бедро спер. вверху . . .	105.0	65.0	105.0	70.0
» » внизу . . .	98.0	60.0	95.0	60.0
» сзади вверху . .	100.0	65.0	105.0	60.0
» » внизу . . .	110.0	55.0	110.0	60.0
Голень спереди вверху	105.0	40.0	98.0	60.0
» » внизу . .	93.0	50.0	95.0	40.0
» сзади вверху . .	100.0	55.0	90.0	30.0
» » внизу . . .	90.0	не чувств.	90.0	20.0
Тылъ стопы	100.0	не чувств.	87.0	10.0
Подошва	78.0	не чувств.	82.0	не чувств.

При изслѣдованіи температурной чувствительности получилось, что отличается больной разница температуры на:

	Правая сторона.	Лѣвая сторона.
Лицо	0.8°	0.5°
Грудь	1.0°	1.5°
Животъ	2.0°	2.0°
Плечо	1.0°	1.0°
Ладонь	0.5°	1.0°
Бедро спереди	2.0°	1.5°
» сзади	3.0°	2.5°
Голень спереди вверху .	6.0°	5.0°
» внизу .	не чувствуетъ	60.0°
» сзади вверху .	12.0°	12.0°
» » внизу .	не чувствуетъ	не чувствуетъ.

	Правая сторона.	Лѣвая сторона.
Тылъ стопы	не чувствуетъ	не чувствуетъ.
Подошва	не чувствуетъ	не чувствуетъ.

Разсматривая, обѣ таблицы мы видимъ, что пониженіе обоихъ родовъ чувствительности интенсивнѣе выражено на правой ногѣ, чѣмъ на лѣвой (обратно параличу).

Чувства мѣста, пространства и локализаціи не нарушены. Изслѣдованіе чувства давленія барестезіометромъ Eulenburg'a показало, что больная мѣстами отличаетъ разницу между тяжестями на $^{1}/_{30}$, мѣстами на $^{1}/_{15}$. Мышечное чувство въ полной сохранности. Давленіе на периферическіе нервы нижнихъ конечностей мало болѣзненно.

Подошвенные рефлексы съ обѣихъ сторонъ едва выражены, тоже брюшной и надчревный слѣва. Справа эти выражены лучше. Рефлексы съ ахиллова сухожилія очень слабы; колѣннаго слѣва вызвать не удается, справа вызывается слабо по способу Iendrassyk'a. Висцеральные рефлексы въ удовлетворительномъ состояніи.

Температура кожи на обѣихъ ногахъ одинакова. Что касается атрофій то измѣреніе тесьмой по окружности ногъ, обнаружило меньшій объемъ лѣваго бедра сравнительно съ правымъ на $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ сантим., голени на $^{3}/_{4}$—1, стопы равномѣрны. Также атрофичной представляется кожа главнымъ образомъ на голеняхъ и стопахъ: она суха, утончена, слегка шелушащаяся и блеститъ.

Этихъ данныхъ совершенно достаточно для постановки діагноза заболѣванія. Вслѣдствіе траумы внезапное начало болѣзни съ мгновенно развившимися параличами, диссоціація чувствительности говорятъ за кровоизліяніе въ центральное сѣрое вещество спинного мозга, вещество съ меньшей сопротивляемостью, чѣмъ окружающіе его, на подобіе чехла, пучки спаянныхъ между собой проводниковъ, вещество гуще пронизываемое кровеносными сосудами. Кровоизліяніе заняло оба передніе рога (параличи) и задніе (пониженіе болевой и температурной чувствительности), не трогая большинства бѣлаго вещества—проводниковъ (сохранность тактильной чувствительности, мышечнаго чувства, мозжечковыхъ путей). При этомъ больше пострадала лѣвая половина спинного мозга, что видно изъ болѣе выраженнаго паралича на лѣвой ногѣ и нѣкоторой атрофіи ея и болѣе интенсивно выраженнаго пораженія чувствительности на правой. Этимъ намекомъ на Броунъ-Секаровскій типъ распредѣленія паралича и чувствительности нашъ случай нѣсколько напоминаетъ случаи, описанные Миноромъ.

Опорныхъ пунктовъ для предсказанія пока нѣтъ и только теченіе болѣзни вскорѣ показало, что оно можетъ считаться сравнительно благопріятнымъ.

Больная начала пробовать ходить, сначала съ поддержкой, потомъ самостоятельно. Походка была типично паретическая, причемъ больная жаловалась, что ея лѣвая нога длиннѣе правой (менѣе парализованной). Повторенное объективное изслѣдованіе вначалѣ Декабря 95 года, черезъ 2 мѣсяца послѣ вышеописаннаго излѣдованія (на 5-мъ мѣсяцѣ болѣзни) дало слѣдующій результатъ:

Существуетъ умѣренная сила во всѣхъ группахъ мышцъ таза и бедра, а также и мышцъ движущихъ стопой. Только сгибаніе и разгибаніе пальцевъ довольно слабо. Больная можетъ разъ 10 пройти взадъ и впередъ по полатѣ. Было произведено изслѣдованіе реакціи нервовъ и мышцъ на постоянный и прерывистый токъ:

Правая сторона.			Лѣвая сторона	
Прерывист. т.	Постоян. т.		Постоян. т.	Прерывист. т.
75.0	5.0 КЗС	n. Cruralis . . .	20_0 КЗС	70.0
70.0	9.0 КЗС	n. Obturator . .	не вызыв.	30.0
10.0	не вызыв.	n. Ichiadicus . .	не вызывается.	
40.0	7.0 КЗС	n. Peroneus . .	8.50 КЗС	30.0
35.0	8.0 КЗС	n. Tibialis .	6.0 КЗС	30.0
60.0	10.0 КЗС	m. Rectus cr. .	12.0 КЗС	40.0
50.0	10.0 КЗС	m. Vast. ext . .	12.0 КЗС	50.0
65.0	6.5 КЗС	» int . .	9.0 КЗС	60.0
40.0	5.0 КЗС	m. Semitendinos .	11.0 КЗС	15.0
55.0	9.0 КЗС	m. Tibialis ant .	20.0 КЗС	35.0
10.0	не вызыв.	m. Ext. dig. commun.	не вызывается.	
60.0	5.0 КЗС	m. Flex. dig. comm. long.	не вызывается.	

Данныя эти говорятъ о пробужденіи жизнеспособности въ угасшихъ было мышцахъ въ однѣхъ больше, въ другихъ меньше. Въ то же время есть указаніе на соотвѣтствіе между болѣе выраженнымъ параличемъ лѣвой ноги и болѣе пониженной возбудимостью ея мышцъ.

Что касается чувствительности, то пораженіе ея стало менѣе интенсивнымъ и менѣе распространеннымъ. Пониженіе болевой и температурной начинается съ нижней трети голени, совершенно нечувствительными остаются подошвы.

Рефлексы нѣсколько оживились по сравненію съ прежними, лѣвый колѣнный вызывается съ большимъ трудомъ.

Ни осмотромъ, ни измѣреніемъ уменьшенія или усиленія атрофій не замѣтно.

Такимъ образомъ, въ смыслѣ предсказанія, нашъ случай надо отнести къ числу болѣе благопріятныхъ изъ описанныхъ въ литературѣ. Конечно, не можетъ быть и рѣчи о полномъ возстановленіи силы въ конечностяхъ; но для такихъ тяжелыхъ болѣзней, сопровождающихся разможженіемъ нервной ткани какъ при haematomielia centralis, возвра-

щеніе силы, достаточной для небольшихъ передвиженій, и затѣмъ улучшеніе чувствительности могутъ лечь въ основаніе для постановки благопріятнаго предсказанія.

Если въ иностранной литературѣ встрѣчаются указанія на измѣненія кожи трофическаго характера (какъ напр. въ одномъ изъ случаевъ Krafft-Ebing'a [1]), то въ русской или это не отмѣчается, или подчеркивается, что кожной атрофіи не было замѣчено (Миноръ [2], Верзиловъ [3]). Мало того, первый авторъ, предложивши болѣе точное названіе для нашей болѣзни и давшій первый обстоятельную клиническую и паталого-анатомическую картину, Миноръ, говоритъ, что отсутствіе кожной атрофіи является признакомъ, отличающимъ haematomieliam отъ syringomylia. Мы, какъ видно изъ исторіи болѣзни, не можемъ согласиться съ этимъ положеніемъ. Признавая въ извѣстной степени вмѣстѣ съ почтеннымъ авторомъ существованіе причиной связи между центральной гематоміеліей и гліоматозомъ спинного мозга, мы могли бы думать, что кожная атрофія говоритъ за преобладаніе въ нашемъ случаѣ сирингоміэлитическихъ признаковъ и потому за наступившую вслѣдъ за гематоміеліей сирингоміэлію. Всякія фактическія данныя, говорящія за отношеніе такого, рода имѣютъ значительную цѣнность. Въ недавнее время Редлихомъ въ Вѣнѣ [4]) былъ сообщенъ случай, подтвержденный вскрытіемъ, гдѣ причиной сирингоміэліи было предшествовавшее кровоизліяніе. Нашъ случай (наблюдавшійся только клинически) относится уже къ этой же категоріи, такъ какъ начальные симптомы представляли несомнѣнную *гематоміэлію*, какъ по этіологіи (травма) такъ и по явленіямъ, а сверхъ этого было еще измѣненіе свойственное сирингоміэліи. Но предсказаніе болѣе благопріятное для первой, мало благопріятно для второй, почему мы и остаемся при первоначальномъ діагнозѣ нашего заболѣванія haematomyelia centralis.

---

[1]) Wien. klinich Wochenschrift 1889, № 49.

[2]) Сборникъ статей, посвященный проф. Кожевникову, Медицинское Обозрѣніе 1894 г., № 24.

[3]) Медиц. Обозрѣніе 1895 г., № 21.

[4]) Redlich. Zur Pathogense der Syryngomyelie (Therap. Wochenshrf 1895 pag. 1053.

Два случая сотрясенія мозга (commotio cerebri).

Доктора Эм. Иванова.

1-й случай.

Паденіе съ лошади. Полная потеря сознанія. Смерть черезъ 17 часовъ. Вскрытіе—мозговое кровоизліяніе при совершенной цѣлости черепныхъ костей.

«23 августа, 1895 года, въ 11 часовъ утра во время ученія всего Меджибужскаго лагернаго сбора на полномъ карьерѣ рядовой 1-го эскадрона 36-го Драгунскаго Ахтырскаго полка, Василій Иванецъ, упалъ вмѣстѣ съ лошадию (вмѣстѣ съ И. упали еще три кавалериста, но всѣ, они за исключеніемъ И., отдѣлались самыми незначительными поврежденіями), при чемъ получилъ ушибъ въ голову и впалъ въ безсознательное состояніе. При осмотрѣ старшаго врача полка оказалось, что кости черепа цѣлы, только замѣчены небольшіе кровоподтеки на лѣвой сторонѣ лба, у наружнаго угла лѣваго глаза и на внутренней сторонѣ колѣннаго сустава. По оказаніи Иванцу первоначальной помощи онъ былъ съ поля ученія отправленъ въ свободный лазаретъ при 48-мъ пѣхотномъ Одесскомъ полку». Я привелъ содержаніе письменнаго сообщенія командиру 36-го Драг. Ахт. полка, старшему врачу своднаго лазарета о причинѣ заболѣванія рядоваго Иванца Ни въ моментъ паденія, ни въ послѣдующее затѣмъ время я не могъ видѣть больнаго, такъ какъ въ то время я занимался въ спеціальномъ холерномъ отдѣленіи при сводномъ лазаретѣ. Врачи, подавшіе первоначальную помощь рядовому И. на мѣстѣ наблюденія сообщали слѣдующее. Къ лажавшему на землѣ И. первый подоспѣлъ присутствующій на ученіи врачъ Р. 3--4 минуты послѣ паденія. Р. засталъ И. въ глубокомъ комматожномъ состояніи, съ признаками слабаго дыханія, пульсъ замедленъ и напряженъ, рѣзкій

ціанозъ лица и конечностей, зрачки на свѣтъ не реагировали. Синюха совершенно изчезла, и дыхательный ритмъ возстановился только по истеченіи 15—20 минутъ; въ теченіи всего этого времени больному производили искусственное дыханіе. Сознаніе больного не прояснилось. Въ такомъ состояніи больной былъ доставленъ въ сводный лазаретъ, гдѣ, не смотря на всѣ принятыя мѣры къ поддержанію силъ больного, состояніе его не улучшилось нисколько. Въ лазаретѣ старшимъ врачемъ, докторомъ медицины Сергѣевымъ и другими врачами у больного И. было констатировано слѣдующее. И. средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, питаніе тѣла хорошее. Дыханіе неправильное—аритмичное, около 16 въ 1 м., пульсъ не ровный, около 60 ударовъ въ 1 м.: за нѣсколькими полными замедленными ударами пульса, слѣдуютъ болѣе поверхностные ускоренные толчки пульсовой волны (какъ бы трепетаніе артеріи). Больной лежитъ совершенно неподвижно. Голова и глаза повернуты въ правую сторону. Если открываетъ вѣки, они судорожно сжимаются. Взоръ блуждающій. Зрачки сильно съужены, на подобіе булавочныхъ головокъ, на свѣтъ не реагируютъ. Рефлексы обѣихъ роговицъ отсутствуютъ. На уколъ иголкой шприца въ regio hypog. sinist. больной тихо простоналъ, при чемъ мышцы туловища слабо сократились. Мышцы конечностей разслаблены: приподнятыя руки и ноги падаютъ, точно безжизненныя.. На предлагаемые вопросы не отвѣчаетъ и не понимаетъ обращенной къ нему рѣчи. Къ вечеру дыханіе стерторозное, пульсъ по прежнему неправиленъ, зрачки узки и на свѣтъ не реагируютъ. Жизнь постепенно угасаетъ, при явленіяхъ увеличивающагося разстройства дыханія (клокотаніе въ горлѣ и ціанозъ) и возрастающаго паденія сердечной дѣятельности. При этихъ явленіяхъ больной скончался въ 4 часа утра 24 августа. Клиническій діагнозъ—Gommotio cerebti.

На судебно—медицинскомъ вскрытіи (на которомъ и я присутсвовалъ), произведенномъ 25 явгуста въ 12 ч. дня старшимъ врачемъ 48 пѣх. Одесскаго полка Д-мъ медицины Сергѣевымъ, оказалозь слѣдующее.

Такъ какъ въ данномъ случаѣ главный интересъ заключается въ поврежденіяхъ, найденныхъ въ главномъ мозгу, то они и будутъ описаны съ возможной подробностью, о другихъ же патолого—анатомическихъ измѣненіяхъ будетъ упомянуто лишь только вскользь.

На трупѣ, кромѣ упомянутыхъ въ предварительныхъ свѣдѣніяхъ наружныхъ поврежденій, замѣчаются въ правой скуловой области и на правомъ вискѣ поверхностпыя кожныя ссадины. Ткань легкихъ слегка отечна. На слизистой оболочкѣ желудка въ области его большой кривизны и на сывороточномъ покровѣ въ области его дна замѣчаются кровоподтеки величиною съ ладонь. Въ другихъ органахъ видимыхъ патолого—анатомическихъ измѣненій не найдено. Кости черепа, туловища и конечностей цѣлы. На волосистой части головы наружныхъ повреж-

деній не замѣчается. Зрачки расширены, роговицы слегка помутнены, плотность глазныхъ яблокъ уменьшена. Въ наружныхъ слуховыхъ проходахъ, въ полости носа и рта инородныхъ тѣлъ не найдено. При снятіи наружныхъ покрововъ волосистой части головы обнаруженъ кровоподтекъ величиною въ полъ-ладони, занимающій всю правую височную область. Твердая моровая оболочка не представляетъ никакихъ видимыхъ измѣненій, легко отдѣляется на всемъ протяженіи, какъ отъ костей черепа, такъ и отъ подлежащихъ оболочекъ, внутренняя поверхность ея гладка и влажна, вены и синусы ея переполнены темною жидкою кровью. Паутинная и мягкая оболочка мозга безъ измѣненій,—послѣдняя легко снимается, поверхность ея влажна и блеститъ; сосуды ея переполнены кровью. Кости свода и основанія черепа совершенно цѣлы: при самомъ тщательномъ изслѣдованіи нигдѣ не замѣчается ни малѣйшей трещины. Крупные сосуды мозга безъ измѣненія, мелкіе же умѣренно наполнены кровью. На разрѣзѣ мозговаго вещества кровяныя точки отсутствуютъ, корковое вещество блѣдно-сѣраго цвѣта, граница между нимъ и прилегающимъ бѣлымъ веществомъ не особенно ясна. На разрѣзѣ ткань мозга сочна. Въ каждомъ изъ боковыхъ желудочковъ найдено приблизительно по 30,0 grm. кровянистой жидкости. На днѣ лѣваго желудочка замѣчается трещина съ раздвинутыми краями, между которыми показывается довольно плотный темнокрасный сгустокъ крови величиною съ куриное яйцо. Главная масса этого приплюснутаго яйцевиднаго сгустка вдвинута въ разорванную часть мозговой ткани, образующей дно желудочка, при чемъ большой діаметръ сгустка почти совпадаетъ съ блинникомъ полости желудочка; такимъ образомъ этотъ сгустокъ можно сравнить съ клиномъ, включеннымъ спереди, сверху и слегка снаружи кзаду, книзу и кнутри. Этимъ сгусткомъ крови совершенно отдѣлены отъ подлежащей ткани мозга головка хвостатаго тѣла, передневнутренняя часть чечевицеобразнаго ядра, передній уголъ и наружно-нижняя часть зрительнаго бугра (почти вся его передняя половина), такимъ образомъ получается разрушеніе передней ножки, колѣна и передней трети задней ножки внутренней капсулы. Въ окружности этого кровяного сгуетка вещество мозга имѣетъ крапчатый видъ. Размѣры разорванной части мозга (искусственной полости)—около $5{,}_5$ cnt. въ длину и около $3{,}_5$ cnt. въ ширину. Въ правомъ боковомъ желудкѣ замѣчается темно-красный рыхловатый сгустокъ крови величиною съ голубиное яйцо; лежитъ этотъ сгустокъ въ передней части зрительнаго бугра, и имъ совершенно отдѣленъ верхній слой бугра толщиною въ $1\frac{1}{2}$—2 mm. отъ подлежащей ткани его (бугра) на протяженіи около 3 cnt. въ длину и около 2 cnt. въ ширину въ видѣ небольшаго лоскута, открытаго впередъ и кнаружи. Поверхность разрушенія мозговой ткани имбибирована и окрашена въ красный цвѣтъ. Сосудистыя сплетенія боковыхъ

желудочковъ безъ измѣненія. Въ правой мозговой ножкѣ замѣчаются кровоизліянія въ видѣ узенькихъ красныхъ полосокъ, имѣющихъ поперечное направленіе въ разрѣзѣ; въ лѣвой мозговой ножкѣ кровоизліяніе больше: оно занимаетъ сплошь subst. nigra и почти весь basis ножки; мозговая ткань въ этомъ мѣсть представляется разрушенной, темно-краснаго цвѣта и слегка размягченной. На поперечномъ разрѣзѣ Вороліева моста замѣчаются такія же красныя полоски, какъ и въ правой ножкѣ мозга. Поверхностный слой дна 4-го желудочка толщиною въ $1^1/_2$—2 mm., начиная съ верхняго угла ромбовидной ямки и до striae acust., представляется разрыхленнымъ буровато-краснаго цвѣта (имѣемъ ли мы здѣсь дѣло съ кровоизліяніемъ въ точномъ смыслѣ этого слова, или же разрыхленіе и окрашиваніе поверхностнаго слоя дна 4-го желудочка произошло отъ всасыванія крови, проникшей сюда изъ боковыхъ желудочковъ,—трудно сказать), поверхность ромбовидной ямки отъ striae acust. до писчаго пера не представляетъ видимыхъ измѣненій. На разрѣзахъ продолговатаго мозга (въ его толщинѣ) кровоизліяній и вообще видимыхъ измѣненій не замѣчается. Ткань мозжечка полнокровна. Спинной мозгъ вскрытъ не былъ.

Такъ какъ подъ руками не было фотографическаго аппарата, чтобы сохранить и передать съ математическою точностью формы и мѣста только-что описанныхъ поврежденій мозга, я старался сдѣлать это на предлагаемыхъ рисункахъ, насколько это было возможно, имѣя передъ собою наскоро сдѣланные мною наброски во время вскрѣтія.

2-й случай.

Ударъ кулакомъ по затылку. Полная потеря сознанія, разстройство дыханія и неправильность пульса. Черезъ $4^1/_2$ часа сознаніе слегка проясняется, затѣмъ наступаетъ сонливое состояніе. Полное выздоровленіе въ концѣ второй недѣли. Послѣдній случай имѣлъ мѣсто въ полковомъ лазаретѣ 47-го пѣх. Украинскаго полка въ январѣ мѣсяцѣ 1894 г. 16 января, въ $10^1/_2$ час. утра, принесли въ лазаретъ на носилкахъ рядового Габадулина Набіулина въ глубокомъ коматозномъ состояніи. По словамъ солдатъ, доставившихъ больного въ лазаретъ, минутъ 15—20 передъ тѣмъ взводный ударилъ Н. кулакомъ по затылку, послѣ чего больной упалъ на землю, какъ сраженный пулею. Больного внесли въ ближайшую хату (дѣло происходило на улицѣ, недалеко отъ казармъ), позвали ротнаго фельдшера и, когда видѣли, что больной не приходитъ въ себя, перенесли его въ лазаретъ, гдѣ я подавалъ ему первоначальную медицинскую помощь. У Н. мною было констатировано слѣдующее.

Больной, средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, питаніе тѣла отличное, лежитъ совершенно неподвижно. Костная и мышечная системы развиты хорошо. Лицо большое, черты лица грубыя. Ушныя сережки переходятъ въ кожу щекъ въ видѣ валиковъ. Горизонтальная окружность головы 54 cnt. Глаза закрыты, лицо красно, губы ціанотичны; судорожное сжатіе нижней челюсти (trismus), частыя приподниманія гортани вверхъ, напоминающія глотательныя движенія. Конечности холодны и ціанотичны. Дыханіе очень слабое и поверхностное, 15 д. въ 1 м.; пульсъ полный и замедленный, 60 уд. въ 1 м., частота его мѣняется быстро. Тоны сердца слегка глуховаты t^0 подъ мышкой $35,_8{}^0$R. Въ области лѣвой скуловой кости замѣчается незначительный кровоподтекъ величиною съ 3-хъ-копѣечную мѣдную монету. Никакихъ поврежденій не замѣчается ни на головѣ, ни на другихъ частяхъ тѣла. На предлагаемые вопросы не отвѣчаетъ и не понимаетъ вообще обращенной къ нему рѣчи. Вдыханіе нашатырнаго спирта не производитъ эффекта. Щипаніе, жженіе и уколы кожи булавкой не вызываютъ у больного отдергивающихъ движеній въ конечностяхъ, кожа туловища также не чувствительна къ этимъ раздраженіямъ. При попыткахъ пассивно раскрыть глаза больному, вѣки судорожно сжимаются, слизистая оболочка вѣкъ сильно (налита) гиперемирована. Глазныя яблоки повернуты вверхъ. Зрачки равномѣрно расширены, на свѣтъ очень вяло реагируютъ. Рефлексы обѣихъ роговицъ, равно какъ брюшной и кремостеровъ на обѣихъ половинахъ тѣла сохранены. Колѣнные рефлексы повышены. При пассивныхъ движеніяхъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, въ особенности при пассивномъ сгибаніи голеней, встрѣчается значительное сопротивленіе со стороны мышцъ; предоставленныя самимъ себѣ приподнятыя руки и ноги не падаютъ сразу, какъ инертныя массы, а сохраняютъ нѣкоторое время данное имъ неловкое положеніе и затѣмъ уже постепенно опускаются внизъ—ригидность мышцъ. Въ легкихъ ничего особеннаго, кромѣ значительнаго ослабленія дыхательнаго шума. Животъ слегка вздутъ.—11 ч. 20 м. утра. Дыханіе поверхностное, 14 въ 1 м., пульсъ полный, мягкій и замедленный, 46 ударовъ въ 1 м.—Въ такомъ состояніи больной находится до 3 ч. по полудни, послѣ чего у него сознаніе немного прояснилось, и онъ сталъ отвѣчать на предлагаемые вопросы: «что съ тобою, что у тебя болитъ?» Очень тихимъ голосомъ заявилъ, что у него сильно голова болитъ и что его били. Черезъ нѣсколько минутъ больной опять погрузился въ сонъ глубокій. Часъ спустя онъ проснулся и помочился.—6 ч. веч. t^0 37. Б-ной спитъ. 8 ч. веч. t^0 37, пульсъ полный и замедленный, 64 уд. въ 1 м., дыханіе поверхностное, 32 въ 1 м., сонливость: больной все время спитъ, только очень громкимъ крикомъ удается его разбудить на 1—2 минуты; больной отвѣчаетъ очень тихимъ, едва внятнымъ голосомъ,

что у него сильно болитъ голова, и затѣмъ опять погружается въ сонъ. По прежнему не реагируетъ ни на щипаніе, ни на жженіе, ни на уколы булавкой. Состояніе мышцъ и зрачковъ такое же, какъ и раньше.—10 ч. веч. Ригидность мышцъ исчезла. Больной имѣетъ сильно разслабленный видъ, лежитъ пластомъ, руки и ноги такъ и валятся, приподнятыя и предоставленныя самымъ себѣ онѣ падаютъ, точно безжизненныя, какъ инертная масса. Значительно выражена сонливость: громкими криками удается разбудить больного, и онъ, полуоткрывъ глаза, отвѣчаетъ еле внятное «да» или «нѣтъ» и затѣмъ, глубоко вздохнувъ, опять погружается въ глубокій сонъ. t^0, пульсъ и дыханіе тѣ-же, что и раньше. Ночь провелъ спокойно, только по временамъ стоналъ. Въ 2 ч. по полуночи мочился.—17 янв. 10 ч. утра t^0 36,9 R., пульсъ полный и замедленный 59 ударовъ въ 1 м., дыханіе 30 въ 1 м., сравнительно со вчерашнимъ болѣе глубокое. По временамъ стонетъ. Легкое сонливое состояніе. Лицо красное. Дѣлаетъ частыя глотательныя движенія и часто облизывается. Зрачки нормальной ширины, на свѣтъ и аккомодацію реагируютъ хорошо. Мышцы разслаблены. Имѣетъ въ высшей степени усталый, вялый видъ. Болевая чувствительность кожи возстановлена, но не вездѣ отчетливо сознается: въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кожи туловища уколы иголкой больной принимаетъ за щипанія. Жалуется на головную боль, которая въ затылкѣ и въ темянныхъ областяхъ чувствуется сильнѣе, указываетъ также на болѣзненность между лопатками. Больной заявляетъ, что вчера на прогулкѣ взводный унтеръ-офицеръ ударилъ его кулакомъ по затылку за то, что онъ не держалъ головы прямо, и что послѣ удара у него въ глазахъ потемнѣло и онъ упалъ на землю; что было съ нимъ дальше, ничего не помнитъ, далѣе, какъ попалъ въ лазаретъ и что надъ нимъ продѣлывали тамъ, не помнитъ. Очень смутно припоминаетъ, что вчера вечеромъ врачъ, но какой не знаетъ, ему раскрывалъ глаза, и больше ничего не помнитъ. Относительно пространства и времени оріентируется хорошо. Сообщаетъ, что въ прошломъ году, когда былъ дома еще, на него опрокинулся возъ со снопами, и его придавило такъ крѣпко, что онъ, по словамъ его матери, цѣлыя сутки лежалъ въ безпамятствѣ. Больной ничего не ѣлъ въ теченіе 2-хъ дней, говоритъ, что ему ѣсть не хочется. Все время спокойно лежитъ въ постели; въ 3 ч. по полудни самъ безъ посторонней помощи сходилъ въ сортиръ. Походка шаткая: при ходьбѣ покачивается изъ стороны въ сторону; 9 ч. веч. t^0 36,9 R., пульсъ медленный, 54 въ 1 м., жалоба на тяжесть и боль въ головѣ, въ особенности на боль въ затылкѣ. Апатиченъ. Стулъ былъ. Ціанозъ губъ и краснота лица исчезли. 18 янв. 9 ч. утра t^0 36,7 R., пульсъ 52 въ 1 м. Дыханіе ничего ненормальнаго не представляетъ. По прежнему жалуется на тяжесть въ головѣ и на головную боль, которая больше локализи-

руется въ затылкѣ. Ни съ кѣмъ не разговариваетъ, все время лежитъ въ постели. Аппетитъ плохой, стулъ былъ. Истерогенныхъ точекъ (зонъ) нигдѣ не найдено, t^0 веч. 36,7, пульсъ и дыханіе ничего особеннаго не представляютъ. Апатиченъ. 19 янв. 9 ч. утра t^0 36,9 R. пульсъ 62. Тѣ-же жалобы и то-же состояніе.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни ничего особеннаго не замѣчалось: головная боль стала постепенно ослабѣвать, появилось головокруженіе, которое тоже скоро прошло. Самочувствіе и аппетитъ стали улучшаться. Апатичное состояніе смѣнилось болѣе живымъ настроеніемъ духа: больной сдѣлался веселѣе, сталъ разговаривать съ другими больными, сталъ гулять по палатѣ и корридорамъ. 29 янв. выписанъ совершенно здоровымъ.

Діагнозъ—Commotio Cerebri.

И такъ мы имѣемъ 2 случая травматическаго поврежденія головнаго мозга безъ видимаго нарушенія цѣлости его костной оболочки, гдѣ главными клиническими симптомами являются: сопорозное или коматозное состояніе, неправильность пульса, разстройство дыханія и отсутствіе или слабая реакція на свѣтъ зрачковъ—все это признаки, указывающіе на общее пораженіе головного мозга. При такихъ явленіяхъ мысль о территоріальныхъ поврежденіяхъ мозга осталась на второмъ планѣ. Вотъ почему въ обоихъ случаяхъ былъ поставленъ болѣе общій, но менѣе точный діагнозъ «Сотрясеніе мозга» (commotio cerebri). Въ наукѣ нѣтъ еще прочно установившагося взгляда на анатомическій субстратъ этого симптомокомплекса при острыхъ травматическихъ заболѣваніяхъ головного мозга. Вотъ какъ выражается объ этомъ страданіи головного мозга проф. Э. Альбертъ: «Я васъ прошу прежде всего отрѣшиться отъ употребляемаго въ этомъ случаѣ термина—сотрясеніе. Опредѣляя сотрясеніе мозга какъ мгновенное перемѣщеніе частичекъ мозгового вещества, даютъ лишь филологическое объясненіе и указываютъ, какъ нужно разумѣть сущность процесса, если бы онъ соотвѣтствовалъ употребленному термину. Но совершается ли такой процессъ въ дѣйствительности—это другой вопросъ. Когда говорятъ о сотрясеніи мозга? Человѣкъ падаетъ на голову, теряетъ сознаніе, съ нимъ дѣляется рвота, его относятъ въ больницу; при осмотрѣ не находятъ ни поврежденія черепа, ни его покрововъ, констатируютъ общую блѣдность кожи, значительное замедленіе пульса, медленное поверхностное дыханіе; но сознаніе скоро возвращается, замедленіе пульса исчезаетъ черезъ 24 часа или позже, больной чувствуетъ только тяжесть въ головѣ и черезъ

нѣсколько дней выздоравливаетъ совершенно. Но развѣ на основанiи этого можно утверждать, что тутъ имѣло мѣсто перемѣщенiе мозговыхъ частичекъ?»

Далѣе упомянутый авторъ говоритъ, что къ такому заключенiю пришли довольно наивнымъ путемъ, а именно, на вскрытiи субъектовъ, у которыхъ при жизни наблюдались явленiя сотрясенiя мозга, не находили видимыхъ поврежденiй мозгового вещества; въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже «полагали возможнымъ констатировать уменьшенный сравнительно съ нормальнымъ объемъ мозга. Изъ этого заключили, что при сотрясенiи цѣлаго черепа мозгъ вслѣдствiе потрясенiя уменьшается въ объемѣ подобно тому, какъ это бываетъ съ рыхлымъ порошкообразнымъ тѣломъ, если перетрясти его нѣсколько разъ въ мѣшкѣ или ящикѣ». (Учебн. клинич. и операт. хирургiи проф. Э. Альберта, т. I. Кiевъ 1883 г. стр. 91—92). И приведенныхъ строкъ достаточно, чтобы убѣдиться въ несостоятельности ученiя старыхъ авторовъ о такъ называемомъ «сотрясенiи мозга». Изъ современныхъ авторовъ Fischer сдѣлалъ попытку объяснить явленiя сотрясенiя мозга нарушенiемъ питанiя коры мозга и другихъ его центровъ вслѣдствiе рефлекторнаго паралича мозговыхъ сосудовъ, вызваннаго дѣйствующимъ на черепъ внѣшнимъ инсультомъ. Но эта гипотеза была дискредитирована опытами Koch'а и Filehne, которымъ удалось вызвать симптомы сотрясенiя мозга у лягушекъ, кровь которыхъ была замѣнена растворомъ хлористаго натра, а также и опытами Witkowsk'аго, показавшаго, что у лягушекъ можетъ наступить сотрясенiе мозга и послѣ вырѣзыванiя сердца, когда, слѣдов., о временномъ разстройствѣ питанiя мозга не можетъ быть и рѣчи. Хотя, однако, извѣстно, что мозгъ человѣка и высшихъ животныхъ несравненно чувствительнѣе къ анэмiи, нежели мозгъ лягушки. Другимъ рядомъ опытовъ надъ кроликами и собаками Koch и Filehne (Langenbeck's Archiv f. Ghirurgie 1874 B. XII) постукиванiемъ молоткомъ по головѣ вызывали, можно сказать, типичную картину «сотрясенiя мозга». Результаты опыта такъ убѣдительны, что я полагаю не безъ интереса каждый прочтетъ приведенное здѣсь извлеченiе изъ протокола: «Молодой песъ—дых. 20, пульсъ 58, t⁰ 39,9, зрачки узки, энергично регурирують—подвергается постукиванiю молоткомъ въ теченiе 45 минутъ. Послѣ опыта: дых. 9, пул. 36, t⁰ 37,8, зрачки умѣренно расширены, весьма вяло реагируютъ. Нижнiя вѣки въ паретическомъ состоянiи, положенiе глазныхъ яблокъ нормально. Животное лежитъ неподвижно, ни контрактуръ, ни судоргъ не замѣчается. Конечности и самое животное могутъ быть безпрепятственно приведены въ любое положенiе. Чувствительность роговицы исчезла, при сильномъ электрическомъ раздраженiи кожи—никакихъ признаковъ боли, замѣтны лишь незначительныя рефлекторныя движенiя нижнихъ конечностей.

2—3 раза позывъ на рвоту. Моча и калъ во время постукиванія отходятъ нѣсколько разъ. Такое состояніе наблюдается въ продолженіе $^1/_4$ часа. Дыханіе, циркуляція и рефлекторная дѣятельность постепенно прекращаются. Животное окаливаетъ. Вскрытіе: въ веществѣ больного продолговатаго и спинного мозга не замѣчается ни ушибовъ, ни какихъ либо другихъ механическихъ поврежденій; консистенція и объемъ этихъ частей совершенно нормальны. Сосуды твердой и преимущественно мягкой оболочки головного и спинного мозга вмѣстѣ съ сосудами plex. choroid. сильно переполнены кровью; особенно расширены и переполнены вены. На черепѣ видна въ лѣвой темянной кости незначительная трещина безъ вдавленія и безъ отдѣленія твердой оболочки.» Поразительное сходство съ тѣми явленіями, которыя мы наблюдаемъ у человѣка, надъ которымъ злая судьба иногда продѣлываетъ опыты въ родѣ «Verhammering'а, Koch'а и Filehne! Только что упомянутые авторы объясняли всѣ вышеописанныя явленія у экспериментируемыхъ животныхъ *непосредственнымъ сотрясеніемъ* нервныхъ центровъ, т. е., явленія зависятъ отъ механическаго раздраженія того или другого центра. Наконецъ изъ опытовъ Duret (Etudes Experim. et cliniques sur les traumat. cerebr. Paris 1878), который въ искусственное отверстіе на черепѣ вприскивалъ между костью и твердой оболочкой жидкость и тотчасъ выпускалъ ее обратно и такимъ образомъ вызывалъ у животныхъ явленія сотрясенія мозга, а также изъ опытовъ другихъ изслѣдователей, вызывавшихъ тоже симптомы у животныхъ ударами по головѣ, видно, что въ мозгахъ экспериментированныхъ животныхъ всегда находили точечные экстравозаты и незначительные надрывы мозгового вещества какъ разъ подлѣ Сильвіева водопровода и подлѣ желудочковъ, иначе говоря, вездѣ, гдѣ циркулируетъ спинно-мозговая жидкость. Duret объясняетъ эти явленія тѣмъ, что травмой прежде всего вызывается давленіе на полушарія мозга, вслѣдствіе чего церебро-спинальная жидкость быстро устремляется по направленію къ 4-му желудочку, при этомъ, благодаря повышенному давленію на окружающія стѣнки мозгового вещества, послѣднія могутъ дать незначительные разрывы (трещины). Съ другой стороны, внезапное сотрясеніе lig. cerebro-spinalis, передаваясь на всѣ точки ея распространенія, а слѣдов., и на периваскулярные промежутки, дѣйствуетъ какъ прямая причина раздраженія сосудодвигательныхъ нервовъ, слѣдствіемъ чего въ первый моментъ является спазматическое сокращеніе сосудовъ, а затѣмъ уже и паралитическое расширеніе ихъ, что въ концѣ концовъ ведетъ къ венозной гипереміи мозга. Послѣдній факторъ вліяетъ на мозгъ двоякимъ образомъ: во-первыхъ разстраивается питаніе головного мозга, и во-вторыхъ мозгъ подвергается постоянному механическому раздраженію со стороны избытка крови (венозной). И такъ анатомическая основа

разсматриваемаго остраго заболѣванія головного мозга выражается: 1, расширеніемъ сосудовъ мозга вслѣдствіе паретическаго состоянія вазомоторнаго центра, resp. венозной гипереміей, а вслѣдствіе этого повышеніе внутричерепнаго давленія — и 2, мѣстными капиллярными апоплексіями, расположенными большею частью въ Сильвіевомъ водопроводѣ и на днѣ 4-го желудочка — рѣже на поверхности мозга Случаи съ капиллярными кровоизліяніями и съ незначительными разрывами вещества мозга Bergmann не относитъ къ сотрясенію мозга; по его мнѣнію, чистая форма сотрясенія мозга представляетъ собою разсѣянное заболѣваніе мозга, захватывающее его in toto, и анатомически никакими измѣненіями не проявляется. По Bergmann'у чистое сотрясеніе мозга нужно діагносцировать только въ тѣхъ случаяхъ, когда улучшеніе быстро наступаетъ и получается полное выздоровленіе (дальше мы увидимъ, что это «полное выздоровленіе» не совсѣмъ-то соотвѣтствуетъ фактамъ дѣйствительности). Чѣмъ дольше продолжается коматозное состояніе при сотрясеніи мозга, тѣмъ больше вѣроятія, что имѣется не чистое сотрясеніе, а что въ ткани мозга имѣютъ мѣсто видимыя поврежденія (Bergmann. Die Lehre von den Kopfverletzungen стр. 306 и 313). И другіе клиницисты, на основаніи своихъ наблюденій, приходятъ къ заключенію о возможности чистаго сотрясенія мозга. Такъ Friedmann (Arch. f. Psych. XXIII B.) говоритъ на основаніи своихъ 2-хъ случаевъ, что картина бурныхъ припадковъ, которые обыкновенно наблюдается при грубыхъ анатомическихъ осложненіяхъ сотрясенія мозга, встрѣчается и безъ послѣднихъ, какъ чистый эффектъ моллекулярнаго сотрясенія (l. c. 264 стр.) (въ смыслѣ Koch'а и Filehne). Правда, въ первомъ случаѣ, окончившемся летально только годъ спустя послѣ сотрясенія, на вскрытіи не найдено никакихъ макроскопическихъ измѣненій мозга и черепа, микроскопически же обнаружено разлитое, выраженное расширеніе сосудовъ всего мозга (l. c. 234 стр.). Но 1, врядъ-ли можно считать этотъ случай *вполнѣ выздоровѣвшимъ* послѣ травмы, а 2, капиллярныя апоплексіи не исключаются въ данномъ случаѣ просто потому, что онѣ могли и не оказываться въ тѣхъ кусочкахъ, изъ которыхъ приготовлялись микроскопическіе препараты. То же самое можно сказать и относительно 2-го случая Friedmann'а, кончившагося летально только $3^1/_2$ года послѣ травмы (l. c. 241 стр.). Thomsen (Allg. Zeits. f. Psych. LI B. H. 4) сообщаетъ очень интересный случай въ этомъ отношеніи. При постановкѣ діагноза онъ встрѣтилъ серьезныя затрудненія, что заставило его озаглавить описаніе этого случая: «Commotio, Hirnverletzung oder Neurose?» Меланхоликъ покушался на самоубійство и револьверной пулей (калибръ 7 mm.) ранилъ себя въ лобъ. Кость не была пробыта. Припадки, наблюдавшіеся тотчасъ послѣ пораненія и въ послѣдующіе затѣмъ дни, не были

характерны для сотрясенія мозга, но ихъ также нельзя было отнести ни къ явленіямъ, вызваннымъ кровоизліяніемъ или поврежденіемъ вещества мозга, авторъ исключаетъ то и другое. Больной черезъ 4 недѣли совершенно поправился, и въ теченіе 2-хъ лѣтъ у него никакихъ припадковъ не наблюдалось, меланхолія исчезла совсѣмъ: душевно и физически онъ былъ совершенно здоровъ. Вотъ что говоритъ самъ авторъ по поводу этого случая. «Мы знаемъ, говоритъ онъ, какое сильное впечатлѣніе можетъ оказать на всю нервную систему даже незначительная травма головы у предрасположенныхъ субъектовъ, поэтому безъ особенной натяжки можно было бы считать часть тѣхъ симптомовъ, которые мы обыкновенно относимъ къ сотрясенію или давленію мозга, просто функціональными, нервными явленіями, не зависящими ни отъ мѣста, ни отъ способа поврежденія». (l. c. 667 стр.).—Интересующій насъ вопросъ въ высшей степени важенъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи, и въ самомъ дѣлѣ, подобные случаи ставятъ въ большое затрудненіе врача эксперта. Въ литературѣ извѣстны случаи, гдѣ болѣе или менѣе сильный ударъ по головѣ или даже простой подзатыльникъ приводилъ къ внезапной смерти, при чемъ вскрытіе давало совершенно отрицательные результаты. По этому не лишне будетъ привести мнѣніе Schaefer'а относительно даннаго вопроса. «Чистая форма сотрясенія есть разлитое заболѣваніе мозга, которое патолого-анатомически нельзя доказать. Въ случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ судебный врачъ вынужденъ остановиться на сотрясеніи мозга только тогда, если инсультъ доказанъ, если смерть наступила скоро послѣ него, если обстоятельства дѣла говорятъ въ пользу сотрясенія и, наконецъ, если вскрытіе не обнаруживаетъ какой-либо другой причины смерти. Въ случаяхъ же, не окончившихся летально, врачъ долженъ обратить вниманіе на характеръ припадковъ, при этомъ всегда нужно имѣть въ виду также и индивидуальныя особенности,—даже незначительныя насилія у пьяницъ легко могутъ вызвать сотрясеніе мозга» (Allg. Zeits. f. Psych. LI. B. H. 4 715—716 стр.).

Возвращаясь опять къ нашимъ случаямъ, мы видимъ, что первый представляетъ гораздо больше интереса, нежели второй. Прежде всего имѣемъ мозговое кровоизліяніе съ разрывомъ и разрушеніемъ вещества мозга при совершенной цѣлости черепныхъ костей—явленіе, не особенно часто встрѣчающееся. Далѣе, кровоизліянія въ продолговатый мозгъ (въ нашемъ случаѣ на днѣ 4-го желудочка) по понятной причинѣ ведутъ къ внезапной смерти (Эйхгорстъ т. III, 1887 г. стр. 339 [1]), тогда какъ въ данномъ случаѣ послѣ паденія жизнь продолжалась еще 17 часовъ. Наконецъ, не лишено интереса и то обстоятель-

[1]) Н. А. Оболонскій „Пособникъ и т. д.“ 1894 г. стр. 298.

ство, что въ данномъ случаѣ травмой обусловлены разрывъ мозгового вещества и кровоизліяніе какъ разъ въ тѣхъ областяхъ головного мозга, гдѣ и при самопроизвольныхъ мозговыхъ кровоизліяніяхъ это чаще всего наблюдается, а именно въ зрительныхъ буграхъ, въ полосатомъ тѣлѣ, во внутренней капсулѣ и въ др. м. Слѣдовательно, и этотъ случай *непроизвольнаго* мозгового кровоизліянія, несмотря на то, что въ этіологіи его играетъ роль травма, а не измѣненіе сосудовъ (видимыхъ измѣненій сосудовъ на вскрытіи не замѣчено, см. стр. 3, микроскопическаго изслѣдованія, къ сожалѣнію, не было произведено), указываетъ на то, что артеріальныя вѣтки только что упомянутыхъ областей мозга находятся въ наивыгоднѣйшихъ условіяхъ для наступленія кровотеченія, т. е. ихъ разрыва. И въ самомъ дѣлѣ, не трудно объяснить механизмъ возникновенія кровоизліянія и разрыва мозгового вещества въ данномъ случаѣ. Обнаруженный на вскрытіи кровоподтекъ (см. стр. 3), занимающій правую височную область, говоритъ въ пользу того, что при паденіи И. ударился головою о земь. Благодаря упругости черепныхъ стѣнокъ, а также и тому, что земля, о которую ударилась голова, представляетъ собою не особенно твердый и до нѣкоторой степени податливый предметъ—поле слегка поросшее травою, цѣлость черепныхъ костей не была нарушена. Однако, какую роль играла сама травма въ актѣ возникновенія даннаго кровоизліянія? Я полагаю, что только второстепенную, дополнительную, и вотъ почему: до паденія и въ самый моментъ паденія И. находился въ сильномъ психическомъ возбужденіи и подвергался чрезмѣрному тѣлесному напряженію, эти явленія, какъ извѣстно, влекутъ за собою значительное повышеніе артеріальнаго давленія. Сосуды мозга еще выдерживаютъ этотъ сильный напоръ крови. Но И. падаетъ на голову. Ударъ по головѣ вызываетъ спазмъ мозговыхъ сосудовъ (см. стр. 13), что еще больше повышаетъ кровяное давленіе въ сосудахъ мозга; артеріальныя вѣточки, которыя найбольше подвержены этому до maximum'а доведенному давленію (отдѣляются прямо отъ art. cereb. anterior et media—слѣдов., въ первой линіи подвержены колебаніямъ кровяного давленія въ области carot. interna и направляются во внутренную капсулу и въ гангліи большого мозга) не выдерживаютъ этого новаго кровяного давленія и разрываются. Кровь быстро накопляется и свертывается, свертки разрываютъ и разрушаютъ мозговое вещество.

Принимая во вниманіе все вышеизложенное относительно даннаго случая, а также и обстоятельства, сопровождавшія паденіе рядового И., трудно допустить, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ обратнымъ явленіемъ: у И. наступило во время ученія само-произвольное мозговое кровоизліяніе, вслѣдствіе чего онъ потерялъ сознаніе и упалъ. Я дѣлаю эту оговорку въ виду категорическаго заявленія нѣкоторыхъ врачей,

что произвольное мозговое кровоизліяніе въ громадномъ большинствѣ случаевъ происходитъ въ базальныхъ гангліяхъ мозга и ихъ окружности—во внутренней капсулѣ, тогда какъ мозговое кровоизліяніе травматическаго происхожденія почти всегда сопровождается межменингеальнымъ кровоизліяніемъ и локализируется на поверхности (въ корѣ) мозга. (Schaefer «Gerichtsarzt. Beurtheil von Gehirnverletzungen» l. c. 696 и 716 стр. [1]). Какое громадное діагностическое значеніе дается мѣстоположенію мозгового кровоизлiянія въ судебно-медицинской практикѣ! Нашъ случай показываетъ, что весьма легко могутъ быть созданы условія для возникновенія травматическаго кровоизліянія въ тѣхъ областяхъ мозга, гдѣ обыкновенно происходятъ преимущественно произвольныя кровоизліянія.

Явленія клинической картины даннаго случая легко объясняются при помощи вышеизложенныхъ теорій и данныхъ паталого-анатомическаго изслѣдованія. Такъ потеря сознанія обусловливается внезапнымъ повышеніемъ внутри черепного давленія и анэміей коры мозга. Полный параличъ конечностей совершенно понятенъ при разрушеніи внутренней капсулы и кровоизліяніи въ основаніяхъ мозговыхъ ножекъ. Разстройство дыханія и неправильность пульса зависятъ отъ раздраженія нервныхъ центровъ, заложенныхъ въ продолговатомъ мозгу, какъ вслѣдствіе внезапнаго перемѣщенія черепно-мозговой жидкости (ея сильнымъ напоромъ на окружающія ее стѣнки), такъ и вслѣдствіе разстройства циркуляціи крови въ продолговатомъ мозгу. Съуженіе зрачковъ и отсутствіе ихъ реакціи на свѣтъ можно объяснить прямымъ раздраженіемъ волоконъ глазодвигательныхъ нервовъ излившеюся кровью въ ткань мозговыхъ ножекъ и нарушеніемъ связи между зригельными и только что упомянутыми нервами. Отсутствіе реакціи роговицъ говоритъ въ пользу разрушенія связи между лицевыми и тройничными нервами, что весьма возможно въ виду найденныхъ разрушеній на днѣ 4-го желудочка. Зависитъ ли своеобразный поворотъ головы и глазъ въ правую сторону только отъ кровоизліянія въ Вароліевомъ мосту, какъ это часто бываетъ (Prevost), или и отъ другихъ причинъ трудно сказать въ виду пораженія нѣсколькихъ участковъ головного мозга. Относительная продолжительность жизни послѣ паденія можетъ найти себѣ объясненіе въ томъ фактѣ, что пораженіе на днѣ ромбовидной ямки не доходитъ до самого писчаго пера, гдѣ заложенъ дыхательный центръ. Ближайшая причина смерти—параличъ дыхательнаго центра.

---

[1]) Приблизительно въ такомъ же смыслѣ высказывается и профес. Оболонскій (l. c. стр. 297).

Изъ описанія клинической картины болѣзни Набіулина (2-й случай) видно, что въ ней преобладаютъ явленія раздраженія мозга. Гиперемія лица и слизистой оболочки глазъ, равно какъ и легкій ціанозъ губъ краснорѣчиво говорятъ о причинѣ безсознательнаго состоянія больного. Замедленіе пульса и разстройство дыханія, а также судорожное сжатіе вѣкъ, непроизвольныя глотательныя движенія и облизыванія и, наконецъ, тризмъ безъ сомнѣнія указываютъ на раздраженіе центровъ, заложенныхъ въ продолговатомъ мозгу, напоромъ цереброспинальной жидкости и накопленіемъ въ крови CO_2. Этими же факторами обусловливается, по всей вѣроятности, центральное раздраженіе n. Simpatici, а слѣдов., и расширеніе зрачковъ и ихъ вялая реакція на свѣтъ. Послѣдующее затѣмъ ускореніе дыханія до 32 въ 1 м. (см. стр. 7), когда явленія давленія на головной мозгъ исчезли, и остался только одинъ факторъ, дѣйствующій на дыхательный центръ, а именно избытокъ CO_2 въ крови, совершенно понятно должно было наступить, такъ какъ въ слѣдствіе разстроеннаго газоваго обмѣна въ легкихъ въ первомъ періодѣ заболѣванія въ крови накопилось много CO_2, избытокъ которой, какъ извѣстно, раздражаетъ дыхательный центръ. Теперь, что касается до регидности мышцъ и насильственнаго поворачиванія глазныхъ яблокъ вверхъ, то съ вѣроятностью можно сказать, что эти явленія центральнаго происхожденія и зависятъ отъ раздраженія нашихъ корковыхъ центровъ. Весьма возможно, что на эти центры, кромѣ повышеннаго внутри черепного давленія, оказывало непосредственное раздраженіе и менингеальное кровоизліяніе, хотя бы и небольшое. Во всякомъ случаѣ картина болѣзненныхъ явленій и въ особенности упорная головная боль, на которую больной сталъ жаловаться, какъ только пришелъ въ себя, и продолжалъ упорно жаловаться въ послѣдующіе дни, когда явленія венозной гипереміи мозга уже совершенно исчезли, говоритъ въ пользу этого предположенія. Усиленіе колѣнныхъ рефлексовъ въ данномъ случаѣ можно объяснить ослабленіемъ задерживающего вліянія головного мозга. Принимая во вниманіе нѣкоторыя аномаліи въ развитіи черепа и лица больного, явленія дегенераціи, а также поврежденіе мозга, перенесенное имъ за годъ передъ настоящимъ заболѣваніемъ, нужно допустить, что мозгъ Н. уже былъ предрасположенъ къ заболѣваніямъ. Тикимъ образомъ становится понятнымъ, почему такое сравнительно небольшое насиліе, какъ подзатыльникъ, могло вызвать у такого субъекта, какъ Н., вышеописанное острое заболѣваніе мозга. И въ самомъ дѣлѣ, какъ объяснить то обстоятельство, что въ однихъ случаяхъ отъ самыхъ ничтожныхъ насилій наступаютъ явленія тяжелыхъ мозговыхъ припадковъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ сравнительно большія насилія ихъ не вызываютъ. Если подзатыльникъ или вообще не особенно сильный ударъ головы

о какой либо твердый предметъ при самыхъ обыкновенныхъ условіяхъ вызываетъ потерю сознанія и другія мозговыя припадки (конечно при цѣлости черепа) у однихъ субъектовъ, а у другихъ даже болѣе значительныя насилія не вызываютъ ихъ, то нужно допустить, что, кромѣ силы удара, для наступленія тяжелыхъ мозговыхъ явленій необходимы еще и другія способствующія къ тому условія,—все равно, будутъ ли они зависѣть отъ измѣненія самыхъ сосудистыхъ стѣнокъ или отъ плохого устройства (а также измѣненія) сосудодвигательной инерваціи. Не могу обойти молчаніемъ въ высшей степени интересный случай, гдѣ, несмотря на всѣ повидимому благопріятныя условія, сотрясеніе мозга не наступило. 19 дек. 1895 г. я былъ вызванъ въ Кіевскій военно-окружный судъ въ качествѣ эксперта по такому дѣлу. Въ ночь на 25 іюля 1895 года на проходившаго по безлюдному полю мѣщ. П. напало лицо, которое выстрѣломъ изъ револьвера (калибръ 9 mm.) ранило П. въ правое бедро. П. сильно испугался этого неожиданнаго нападенія, но, несмотря на это, онъ бросился на нападавшаго. Въ это время почти въ упоръ раздался второй выстрѣлъ, и П. почувствовалъ, что его лицо облилось теплою кровью; тѣмъ не менѣе между нападавшимъ и П. завязалась борьба не на жизнь, а на смерть, въ которой побѣдителемъ остался раненый П., онъ отнялъ револьверъ у нападавшаго, послѣдній вырвался изъ рукъ П. и убѣжалъ. Ни во время борьбы, ни послѣ нея П. ни на 1 секунду не терялъ сознанія, онъ благополучно дошелъ до ближайшаго села (въ нѣсколькихъ верстахъ отъ мѣста происшествія). Вторая пуля ударила въ лѣвую темянную область и, пробивъ мягкія части черепа, скользнула по кости и вышла въ пространство. Кости черепа, повидимому, не были повреждены. Разстояніе между входнымъ и выходнымъ отверстіемъ пулевого канала около 6—7 cnt. Въ туже ночь П. перевязали раны. Въ больницу поступилъ только на второй день. Раны скоро зажили. Ни до поступленія въ больницу, ни въ самой больницѣ у П. не замѣчалось никакихъ мозговыхъ явленій. Въ день экспертизы П. представлялъ собою человѣка совершенно здороваго какъ физически, такъ и со стороны психической сферы; онъ заявилъ, что все время послѣ раненія у него не было никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, и что онъ теперь себя чувствуетъ такъ же хорошо, какъ и раньше. Здѣсь ли не было условій для наступленія такъ называемаго психическаго тока или сотрясенія мозга!

Въ заключеніе остается сказать еще нѣсколько словъ о такъ называемой чистой формѣ сотрясенія мозга. По моему трудно согласиться съ тѣмъ мнѣніемъ, будто чистая форма сотрясенія мозга представляетъ собою разлитое заболѣваніе мозга, но безъ анатомическаго субстрата и что отличительнымъ признакомъ его служатъ быстро наступающее улучшеніе и полное выздоровленіе. По крайней мѣрѣ факты дѣйстви-

тельности не говорятъ въ пользу этого. Такъ если чистое сотрясеніе— только функціональное разстройство мозга, то врядъ ли оно такъ часто и въ такой сильной степени предрасполагало бы къ органическимъ заболѣваніямъ головного мозга, какъ это все больше и больше подтверждается наблюденіями психіатровъ; съ другой стороны извѣстно, что чисто функціональныя заболѣванія мозга (эпилепсія, истерія и др.) не ведутъ къ органическимъ заболѣваніямъ его. Если бы понадобились примѣры для подтвержденія этой мысли, то ихъ не трудно было бы привести. 6 авг. 1895 г. я присутствовалъ на обязательныхъ (призовыхъ) офицерскихъ скачкахъ съ препятствіями въ м. Меджибожѣ. Во время скачекъ упало (въ разное время) около 5—6 офицеровъ, изъ которыхъ одни отдѣлались легкими поврежденіями, другіе болѣе тяжелыми. Одно изъ такихъ тяжелыхъ поврежденій представляло собою сотрясеніе мозга. У пострадавшаго никакихъ наружныхъ поврежденій, за исключеніемъ внутренняго вывиха правой ручной кисти, не замѣчалось. Безсознательное состояніе продолжалось всего 15—20 минутъ, затѣмъ больной пришелъ въ себя, былъ апатиченъ и жаловался на сильную головную боль, которая на другой день значительно ослабѣла, а на третій день больной былъ почти совершенно здоровъ, и дальше никакихъ мозговыхъ припадковъ не наблюдалось. Вотъ другой аналогичный случай. 1881 г. на обязательныхъ же призовыхъ скачкахъ съ препятствіями ротмистръ С. упалъ вмѣстѣ съ лошадью и сильно ушибъ голову, причемъ наружныхъ поврежденій не замѣчалось. Безсознательное состояніе продолжалось, быть можетъ, всего лишь нѣсколько секундъ, такъ какъ тутъ же находившіеся товарищи С. видѣли, какъ онъ самъ быстро всталъ, подошелъ къ нимъ и заявилъ, что онъ «здоровъ и невредимъ». Нѣсколько дней у С. болѣла голова, и затѣмъ все прошло. И здѣсь можно было бы допустить чистое сотрясеніе мозга, такъ какъ, повидимому, наступило полное выздоровленіе. Однако черезъ 2—3 года по временамъ у С. стали появляться упорныя головныя боли и нервная раздражительность. Въ мартѣ 1894 года С. (около 36 лѣтъ, женатъ, велъ скромный образъ жизни, сифилисомъ не страдалъ) поступилъ въ Кіевскій Военный Госпиталь съ ясно выраженной формой dementia paralytica.

Какъ теперь смотрѣть на тотъ и другой только что приведенный и многіе имъ подобные случаи? Имѣемъ ли мы основаніе ручаться, что въ первомъ изъ приведенныхъ случаевъ наступило полное выздоровленіе?

И такъ, на основаніи своихъ наблюденій, я долженъ прійти къ заключенію, что 1) нѣтъ достаточно основательныхъ данныхъ считать такъ называемое сотрясеніе мозга чисто функціональнымъ разстройствомъ безъ анатомическихъ измѣненій его—таковыя по всей вѣроят-

ности всегда происходятъ въ видѣ разсѣянныхъ капиллярныхъ апоплексій и расширенія сосудовъ мозга,—и 2) даже такъ называемая чистая форма сотрясенія мозга хотя и оканчивается «полнымъ выздоровленіемъ», но въ большинствѣ случаевъ это выздоровленіе только временное, за которымъ на подготовленной уже почвѣ развивается органическое заболѣваніе головного мозга.

1896 г. Января 6-го, Кіевъ.

Случай — pseudorabies hysterica.

Д-ра М. Ф. Колесникова.

Въ виду значительнаго интереса, представляемаго *психо-истерическими заболѣваніями*, я позволяю себѣ описать случай, находившійся подъ моимъ наблюденіемъ въ Психіатрическомъ отдѣленіи Кіевскаго Военнаго Госпиталя, тѣмъ болѣе, что онъ неоднократно мною былъ демонстрированъ завѣдующему отдѣленіемъ душевныхъ болѣзней д-ру Максимову, профессорамъ И. А. Сикорскому и Н. А. Оболонскому, которымъ каждый разъ я представлялъ его, какъ только замѣчались перемѣны въ теченіи болѣзни. Въ нашемъ случаѣ картина болѣзни настолько оригинальна и настолько характерна, что случай не можетъ не возбудить интереса.

21 мая 1895 года въ психіатрическое отдѣленіе Кіевскаго Военнаго Госпиталя поступилъ рядовой 129 пѣхотнаго Бессарабскаго полка, срока службы 1893 года. Происходитъ онъ изъ Башкиръ Уфимской губ., Уфимскаго уѣзда, занимался до поступленія на службу хлѣбопашествомъ. Вѣроисповѣданія магометанскаго, холостъ, грамотѣ не обучался. Въ службѣ въ послѣднее время находился въ качествѣ казенной прислуги у оружейнаго мастера, откуда и поступилъ въ госпиталь. Изъ свѣдѣній, доставленныхъ въ госпиталь видно, что Абдунадтковъ отличался несообщительностью, характера былъ угрюмаго, отличался неряшливостью и лѣностью.

Больной выше средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, видимыя слизистыя оболочки блѣдны, малокровны. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ не обнаружено ничего ненормальнаго. При изслѣдованіи нервной системы обнаружено притупленіе болевой чувствительности: не замѣтно никакихъ мимическихъ болевыхъ движеній на лицѣ при глубокихъ уколахъ булавкой, и самъ больной заявляетъ, что, онъ не чувствуетъ этихъ уколовъ. Колѣнные рефлексы слегка повы-

шены. Кожные рефлексы—рефлексъ съ m. cremaster и съ брюшныхъ мышцъ сохранены. Зрачки нѣсколько расширены, но реагируютъ и на свѣтъ, и на аккомодацію. Настроеніе духа больного подавлено, угнетено, взглядъ какъ бы сосредоточенный и устремленный въ одну точку, по временамъ онъ озирается, какъ бы чего то ищетъ, что то шепчетъ. Больной разсказываетъ, что недѣлю тому назадъ его укусила за руку собака, которая, какъ ему сказали, была бѣшеная, онъ тоже думаетъ и увѣренъ, что она бѣшеная, и теперь ему кажется, что онъ сойдетъ съума—будетъ бѣшеный. Онъ постоянно видитъ вокругъ себя то множество собакъ, то какихъ то ему незнакомыхъ людей. Безпокоенъ, ходитъ по комнатѣ и подражаетъ то рычанію собаки, то лаю, по временамъ открываетъ ротъ и оскаливаетъ зубы, какъ собака. Кусаетъ свои руки. Пульсъ учащенъ до 112 уд. въ 1'.

Больной пьетъ воду, пьетъ чай и ѣстъ жидкую пищу; о желаніи пить заявляетъ самъ.

Безпокойство и вся описанная картина продолжалась въ теченіе слѣдуюшихъ 2 дней, только онъ пересталъ отвѣчатъ на предлагаемые вопросы.

При поступленіи въ госпиталь у него на тыльной поверхности правой руки были двѣ линейныя царапины, покрытыя струпомъ (знаки отъ укусовъ бѣшеной собакой). Въ настоящее время у него уже имѣется масса царапинъ и болѣе глубокихъ пораненій рукъ отъ собственныхъ покусовъ. У больного опредѣленъ психозъ истерическаго происхожденія. Однакоже по распоряженію начальства онъ былъ отправленъ въ Одесскій Госпиталь для леченія по способу Пастера.

Съ 26 мая по 12 іюня онъ находился въ Одесской Городской Больницѣ, гдѣ подвергался предохранительнымъ прививкамъ отъ собачьяго бѣшенства по способу Пастера.

Здѣсь онъ находился подъ наблюденіемъ врачей психіатровъ, и у него отмѣчено слѣдующее: больной все время дѣлаетъ движенія руками съ цѣлью отогнать кого то отъ себя, слышитъ постоянно голоса товарищей, по временамъ вскакиваетъ и хочетъ убѣжать. Психическое состояніе угнетенное, на вопросы отвѣчаетъ неохотно. Больной нуждается въ постоянномъ надзорѣ .Пульсъ 70, средняго наполненія, правильный. Спитъ хорошо, стулъ не нарушенъ. Въ такомъ состояніи больной пробылъ съ 26—30 мая въ продолженіе пяти дней. Подавленность настроенія духа у больного остается и въ послѣдующее время, галлюцинаціи какъ зрительныя, такъ и слуховыя исчезаютъ и, наконецъ, 31 мая —на шестой день пребыванія въ больницѣ, обманы чувствъ исчезаютъ, со стороны душевной сферы остается лишь угнетеніе духа; соматическія отправленія совершаются правильно, но со стороны нервной

системы постепенно развиваются новыя явленія. 31 числа на шестой день появилась анальгезія, разно выраженная на всемъ тѣлѣ. Въ слѣдующій день (1 іюня) появилась амбліопія праваго глаза—больной перестал видѣть правымъ глазомъ, правая рука и нога значительно ослабѣли, мышечная сила въ конечностяхъ правой стороны меньше, чѣмъ на лѣвой. Далѣе на слѣдующій денъ (2 іюня) полная анальгезія наблюдается только на правой сторонѣ (на уколы булавкой не реагируетъ). Чрезъ два дня (4 іюня) появляется правосторонняя гемиплегія. Въ такомъ состояніи больной выписывается, по окончаніи курса прививокъ.

При поступленіи въ больницу опредѣлено, какъ главное заболѣваніе—укушеніе бѣшеной собакой и какъ послѣдовательное—*меланхолія.* Съ такимъ діагнозомъ онъ былъ препровожденъ въ Одесскій Военный Госпиталь; здѣсь больной находился подъ наблюденіемъ до 1 іюля, гдѣ у него описанныя явленія со стороны нервной системы: правосторонняя гемиплегія, потеря чувствительности на той же сторонѣ и амбліопія праваго глаза оставались in statu quo ante, но затѣмъ значительно ослабѣли. Больной со стороны психической сферы ненормальностей не проявлялъ. 1 іюля онъ былъ выписанъ и отправленъ въ часть (на службу). При первомъ же осмотрѣ врача по прибытіи въ часть, у него найденъ парезъ правой верхней и нижней конечности, и онъ былъ отправленъ въ лазаретъ, откуда уже отправленъ въ Кіевскій Военный Госпиталь въ нервное отдѣленіе, но на другой же день былъ переведенъ въ отдѣленіе душевныхъ болѣзней.

При изслѣдованіи больного найдено: питаніе ослаблено; правая рука опущена, больной немного только въ состояніи ее приподнять, при ходьбѣ правая нога немного отстаетъ; сила сжатія правой руки значичительно меньше лѣвой (въ правой 2 клг. въ лѣвой 40 клг.). Болевая чувствительность совершенно отсутствуетъ на правой сторонѣ, при проколѣ складки кожи съ подкожной клѣтчаткой—кровь не показывается. Температурное чувство на лѣвой сторонѣ извращено (холодное называетъ теплымъ и наоборотъ), на правой сторонѣ совершенно не слышитъ прикосновенія, рефлексъ однако ясно замѣтенъ съ брюшныхъ мышцъ при прикосновеніи холоднымъ съ обѣихъ сторонъ.

При изслѣдованіи органовъ чувствъ найдены измѣненія какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи.

Рѣзко соленое и кислое опредѣляетъ съ обѣихъ сторонъ, съ лѣвой однако чувствуетъ лучше; горькое не опредѣляетъ съ правой стороны, съ лѣвой чувствуетъ хорошо. Обоняніе значительно рѣзче выражено съ лѣвой стороны.

Слухъ на правое ухо ослабленъ. Ходъ карманныхъ часовъ онъ почти не воспринимаетъ при малѣйшемъ удаленіи отъ ушной раковины,

лѣвымъ ухомъ слышитъ нормально. Зрѣніе на правый глазъ ослаблено: самъ больной заявляетъ, что онъ плохо видитъ предметы, что у него темнѣетъ въ глазу, а объективнымъ изслѣдованіемъ опредѣляетъ пониженіе остроты зрѣнія болѣе, чѣмъ на половину. Офтальмоскопомъ при изслѣдованіи глазного дна ничего ненормальнаго не обнаружено. Зрачки равномѣрны, исправно реагируютъ на свѣтъ и на аккомодацію. При изслѣдованіи полей зрѣнія периметромъ обнаружено значительное концентрическое съуженіе ихъ. Извращеніе въ цвѣтовыхъ ощущеніяхъ не замѣчено. Больной жалуется на головокруженіе, а главное на холодъ въ правой половинѣ тѣла, въ особенности въ правой рукѣ, которую никакъ не можетъ согрѣть, въ особенности вечеромъ. Больной оріентируется правильно во времени, пространствѣ и лицахъ, представленія и процессъ мышленія идутъ правильно. Теперь больной передаетъ, что онъ помнитъ, какъ его укусила собака (большая—бѣлая), онъ шелъ по улицѣ (по Бессарабкѣ), возращаясь на квартиру, но дальше онъ не помнитъ, какъ онъ возвратился на квартиру, что съ нимъ было, какъ его отправили въ Госпиталь, и сталъ только немного припоминать въ Одессѣ и то не все. Слѣдовательно, съ 20 мая по 26 мая, т. е., въ промежутокъ времени, когда онъ находился въ Кіевскомъ Госпиталѣ, ѣхалъ по желѣзной дорогѣ въ Одессу—всѣ событія проходятъ для него незамѣтными, внѣ порога его сознанія. Такимъ образомъ онъ въ теченіе шести дней находился въ состояніи полной амнезіи, и у него не сохранилось никакихъ воспоминаній. При болѣе или менѣе продолжительномъ разговорѣ больной утомляется, устаетъ, на лбу появляются капли пота, неохотно отвѣчаетъ, раздражается, отворачивается и уже на большинство вопросовъ отвѣчаетъ «не знаю». Выраженіе лица грустное, настроеніе духа носитъ отпечатокъ угнетенія. При измѣреніи температуры, она оказывала незначительныя колебанія въ предѣлахъ физіологической нормы (36,6 — 37,5), но при этомъ всегда наблюдалась рѣзкая разница на обѣихъ сторонахъ, причемъ справа она всегда была ниже на нѣсколько десятыхъ градуса (отъ 5 десятыхъ до 7 десятыхъ).

Въ такомъ состояніи больной находился съ 9 іюля по 3 августа, слѣдовательно почти въ теченіе мѣсяца, причемъ со стороны психической сферы только замѣчались нѣкоторыя колебанія въ настроеніи духа; угнетеніе, подавленность выражалась рѣзче: больной удалялся отъ другихъ, не разговаривалъ и не принималъ никакого участія въ играхъ и развлеченіяхъ. 3 августа съ вечера (съ 8 часовъ) больной сталъ безпокойнымъ, гулялъ по саду, стучалъ въ заборъ, бѣгалъ, жестикулировалъ, безъ причины ругался, говорилъ, что у него «ума нѣтъ». Былъ изолированъ и уложенъ въ постель, при этомъ больной не оказывалъ сопротивленія, легъ смирно, укрывши голову одѣяломъ, учрежденъ строгій надзоръ, и было замѣчено, что руки у него шевелились, а черезъ

нѣкоторое время сталъ тяжело дышать—оказалось, что больной затянулъ себѣ горло веревкою изъ подштаниковъ. Когда была снята веревка, онъ нарочно свалился съ койки и старался затягивать себѣ горло простыней. За больнымъ учрежденъ строгій надзоръ. Въ продолженіе нѣсколькихъ послѣдующихъ дней больной волновался, отказывался отъ пріема лекарствъ и пищи въ теченіи пяти дней. Затѣмъ сдѣлался спокойнымъ, настроеніе духа по прежнему носило отпечатокъ подавленности и угнетенія. Всѣ явленія со стороны нервной системы оставились in statu quo ante. Соматическія отправленія вполнѣ урегулировались и совершались правильно.

При дальнѣйшемъ пребываніи больного въ госпиталѣ у него почти всѣ явленія со стороны нервной системы подъ вліяніемъ соотвѣтствующаго леченія ослабѣвали, и въ настоящее время (15 ноября 1895) у больного остается лишь притупленіе кожной болевой чувствительности на правой сторонѣ, явленія пареза конечностей совершенно исчезли, координація движеній вполнѣ возстановилась, остается только ослабленіе мышечной силы на правой сторонѣ (сила сжатія правой руки 6 клг., сила сжатія лѣвой 40). Разстройства слуха и зрѣнія прошли. Больной отправляется на годъ на родину для поправленія здоровья. Со стороны психической сферы никакихъ ненормальностей не наблюдается; настроеніе духа все таки остается съ отпечаткомъ грусти и тоски. Больной ко всему окружающему относится вполнѣ критически—сознаніе и самосознаніе на лицо. Свой поступокъ—покушеніе на самоубійство—объясняетъ грустью и тягостнымъ положеніемъ въ госпиталѣ. Убѣдительно просится на выписку и категорически заявляетъ, что дома ему будетъ лучше, что онъ теперь совершенно здоровъ, но что здѣсь ему скучно.

На первыхъ же порахъ, при поступленіи больного въ госпиталь, когда у него еще не было физическихъ разстройствъ, не было тѣхъ многочисленныхъ данныхъ, которыя безспорно и категорически давали возможность у него опредѣлить развившійся истерическій неврозъ, вслѣдъ за травмой (послѣ укушенія бѣшеной собакой), его психическое состояніе уже ясно подсказывало съ какою формою заболѣванія мы имѣемъ дѣло. И дѣйствительно, испугъ, боязнь сойти съума, сдѣлаться бѣшеннымъ, неотступно преслѣдовавшая въ одномъ направленіи мысль, самовнушеніе обусловили характерное душевное разстройство. Больной старается принять на себя видъ собаки, рычитъ, лаетъ какъ собака, оскаливаетъ зубы и, наконецъ, кусаетъ свои руки. Подражаемость, картинность весьма характерны и клали рѣзкій отпечатокъ во всѣхъ ненормальныхъ проявленіяхъ со стороны психической сферы больного. О приступѣ собачьяго бѣшенства не смѣла даже и появиться мысль, такъ какъ психозъ развился почти внезапно, безъ подготовки, безъ продромальнаго періода тотчасъ вслѣдъ за покусомъ собакой. Да и

самое теченіе не оставляло никаго сомнѣнія: больной ѣлъ жидкую пищу, пилъ воду, чай и притомъ самъ заявлялъ о желаніи пить.

Въ данномъ случаѣ возникъ вопросъ, какъ поступать съ больнымъ?—оставить ли его въ заведеніи для душевныхъ больныхъ и лѣчить его психическое состояніе, или же, имѣя въ виду, что больной былъ укушенъ собакой, отправить его на бактеріологическую станцію въ г. Одессу? Несмотря на нѣкоторыя возраженія спеціалистовъ—психіатровъ больной былъ отправленъ на Пастеровскую станцію въ Одессу.

Курсъ общей симптоматологіи и терапіи нервныхъ болѣзней,

читанный Студентамъ Университета Св. Владиміра

Проф. И. А. Сикорскимъ.

ВВЕДЕНІЕ.

Нервная система страдаетъ то самостоятельно, то можетъ быть вовлечена въ заболѣваніе побочнымъ образомъ при всѣхъ почти болѣзняхъ. Въ виду этого, общая терапія нервныхъ болѣзней обнимаетъ гораздо болѣе широкую область, чѣмъ показываетъ ея названіе: она излагаетъ общія правила, которыми необходимо руководствоваться при лѣченіи не только нервныхъ, но и многихъ другихъ болѣзней. Общая терапія нервныхъ болѣзней составляетъ основное ядро всей общей терапіи; ея положенія находятъ естественное примѣненіе при лѣченіи всѣхъ болѣзней вообще.

Способы воздѣйствія на нервную систему столь разнообразны, что необходимость нѣкоторыхъ обобщеній сама собою понятна. Вмѣстѣ съ тѣмъ взаимодѣйствіе различныхъ нервныхъ центровъ проявляестя въ столь широкихъ размѣрахъ, что возбужденіе или угнетеніе одной изъ нервныхъ функцій весьма значительно измѣняетъ отправленія другихъ. Это налагаетъ на клинициста необхомость въ каждомъ частномъ случаѣ предусмотрѣть, взвѣсить и оцѣнить возможныя послѣдствія терапевтическихъ воздѣйствій. Послѣдняя задача всего лучше достигается выработкой и установленіемъ общихъ терапевтическихъ методовъ и пріемовъ. Необходимость *общей терапіи нервныхъ болѣзней* такимъ образомъ становится вполнѣ понятной.

Общая терапія болѣзней должна основываться на общей патологіи. Но въ отношеніи нервной системы приходится поневолѣ довольствоваться лишь общей симптоматологіей въ виду отсутствія общей патологіи. Это обстоятельство, въ особенности же желаніе дать книгу чисто практическаго характера, удовлетворяющую существеннымъ тре-

бованіямъ у кровати больного, побудили автора ограничить задачу своего труда изложеніемъ выдающихся болѣзненныхъ симптомовъ и описаніемъ терапевтическихъ пріемовъ, направленныхъ къ ихъ устраненію. Въ то-же время въ предлагаемомъ трудѣ до извѣстной степени обращено вниманіе на общую патологію *главнѣйшихъ* разстройствъ нервной системы, насколько это возможно сдѣлать при современномъ состояніи науки. Въ такомъ видѣ курсъ, не претендуя на теоретическую полноту, даетъ возможность сгруппировать весь обширный матеріалъ общей терапіи въ небольшое число отдѣловъ, соотвѣтствующихъ главнѣйшимъ *показаніямъ* у кровати больного.

Главнѣйшія показанія при лѣченіи нервныхъ болѣзней и нервныхъ разстройствъ при другихъ болѣзняхъ могутъ быть сведены къ слѣдующимъ задачамъ:

1) установить правильную смѣну дѣятельности и покоя нервной системы—*дать сонъ*, какъ самую совершенную форму покоя.

2) Понизить чувствительныя или двигательныя отправленія—*успокоить*.

3) Успокоить боль, *утолить боль*.

4) Повысить чувствительныя или двигательныя отправленія—*возбудить, поднять силы*.

5) *Исправить* (урегулировать) разстроенное *кровообращеніе* нервныхъ центровъ и другихъ системъ и органовъ.

6) Исправить—*измѣнить* питаніе нервной системы.

7) *Устранить* явленія остраго и хроническаго *отравленія* нервной системы.

8) Ослабить, пріостановить воспалительные и иные болѣзненные процессы нервной системы—*противувоспалительное лѣченіе*.

9) Воздѣйствовать на психическіе органы—*психотерапія*.

Осуществленіе означенныхъ задачъ возможно при помощи 1) средствъ динамическихъ, каковы: свѣтъ, механическія воздѣйствія, въ особенности же теплота и электричество, 2) при помощи средствъ фармацевтическихъ, 3) при помощи питательныхъ средствъ и животныхъ соковъ, 4) при помощи сложныхъ такъ наз. нравственныхъ средствъ.

Изложеніе пріемовъ нравственной терапіи должно быть отнесено, въ силу свойствъ самого предмета, къ особому курсу *психической терапіи*.

Въ заключеніе курса будетъ предложенъ рядъ терапевтическихъ задачъ съ цѣлью облегчить начинающему врачу возможность примѣнить тотъ или другой методъ терапіи въ частныхъ случаяхъ, а еще болѣе съ цѣлью облегчить другой болѣе тяжелый трудъ ознакомленія съ терапіей каждой болѣзни порознь.

Сонъ и снотворныя лѣкарства.

Сонъ представляетъ собою самую совершенную форму отдыха и покоя. Подобно пищѣ и питью онъ относится къ числу первыхъ потребностей жизни у высшихъ животныхъ и у человѣка. Чѣмъ ниже животное, въ смыслѣ развитія нервной системы, тѣмъ менѣе оно нуждается въ снѣ, съ развитіемъ же нервной системы, въ особенности психическаго органа, потребность въ снѣ наростаетъ, а у человѣка она является насущной потребностью и однимъ изъ самыхъ важныхъ средствъ для возстановленія нервныхъ силъ. Въ этомъ отношеніи сонъ равносиленъ пищѣ, что выражается французскимъ афоризмомъ: qui dort, dine, т. е., кто выспался—все равно, что пообѣдалъ. Продолжительное лишеніе сна можетъ привести человѣка къ смерти [1]). Недостаточный сонъ, неправильный или совершенное отсутствіе сна вызываютъ упадокъ питанія и предрасполагаютъ къ заболѣваніямъ. Безсонница, въ особенности у молодыхъ субъектовъ, вызываетъ анемію. Безсонница или разстроенный сонъ составляютъ одинъ изъ самыхъ частыхъ предвѣстниковъ помѣшательства и вообще указываютъ на возбужденное или ненормальное состояніе психическаго органа. Сонъ имѣетъ важное значеніе въ острыхъ болѣзняхъ. Древніе врачи обращали на это особенное вниманіе и основывали на немъ прогностику. Въ новѣйшее время, несмотря на широкое развитіе и употребленіе снотворныхъ средствъ, физіологія и патологія сна меньше привлекаютъ къ себѣ вниманіе изслѣдователей и клиницистовъ. Однако же предметъ этотъ, несомнѣнно, имѣетъ важное практическое значеніе для гигіены и терапіи.

Постараемся изложить то, что извѣстно изъ литературы по этому вопросу, а также отчасти и наши собственныя наблюденія.

Физіологія сна (общія свѣдѣнія).

Во время сна возбудимость всей нервной системы уменьшена—что, однако же, только отчасти можетъ быть объяснено утомленіемъ центростремительныхъ нервовъ, главнымъ же образомъ оно составляетъ специфическую особенность центральной нервной систеты—родъ привычки или приспособленія.

Во время сна необходимы болѣе сильныя раздраженія, чтобы вызвать рефлексы. Психическая дѣятельность въ сильной степени понижается, а при глубокомъ снѣ почти вполнѣ пріостанавливается.

---

[1]) Littré Dictionnaire de médicine, Paris 1884 p. 1464.

Дѣятельность сердца и дыханіе понижается, движеніе кишекъ и желудка ослабѣваетъ, уменьшаются всѣ отдѣленія, и понижается температура тѣла. Вмѣстѣ съ тѣмъ происходитъ перемѣщеніе крови въ организмѣ—въ смыслѣ большаго содержанія ея въ нижней части тѣла (брюшная полость, конечности) и уменьшеннаго содержанія въ мозгу. Такое перераспредѣленіе крови нагляднымъ образомъ доказано итальянскимъ профессоромъ Моссо, при помощи устроеннаго имъ особеннаго аппарата, напоминающаго вѣсы, на которые онъ клалъ изслѣдуемаго субъекта. Моссо нашелъ, что, съ засыпаніемъ, головная часть туловища становилась легче, а брюшная съ нижними конечностями тяжелѣе, что показывалось соотвѣтственнымъ перемѣщеніемъ стрѣлки вѣсовъ [1]). Выдѣленіе CO_2 во время сна уменьшается приблизительно на $^1/_4$ величины, главнымъ образомъ вслѣдствіе отсутствія мышечной дѣятельности; въ то же время происходитъ накопленіе запасныхъ количествъ кислорода; между тѣмъ въ бодрственномъ состояніи происходитъ обратное, т. е., кислорода расходуется больше въ видѣ выдѣленій, нежели поступаетъ его извнѣ. Этотъ перерасходъ покрывается во время ночного отдыха.

Глубина сна не остается одинаковой, но въ первые два или три часа происходитъ быстрое наростаніе глубины сна и затѣмъ менѣе быстрое паденіе ея; предъ пробужденіемъ (за нѣсколько часовъ) глубина сна становится незначительной, и въ это время появляются сновидѣнія, которыя указываютъ на возникновеніе въ психическомъ органѣ нѣкоторой дѣятельности. Въ это же время легко наступаетъ пробужденіе, если существуютъ причины, нарушающія сонъ.

Количество сна, необходимое для здороваго человѣка, неодинаково въ различные возрасты. Въ младенческомъ возрастѣ оно весьма значительно—новорожденные просыпаются только для ѣды (отъ голода) и потомъ снова засыпаютъ. Съ развитіемъ психической дѣятельности, дѣти начинаютъ спать меньше, посвящая часы бодрствованія умственной и физической работѣ. До трехъ или трехъ съ половиною лѣтъ дѣти спятъ не менѣе какъ въ два пріема (днемъ и ночью) въ общей сложности до 13 часовъ въ сутки (Прейеръ). Затѣмъ потребность въ снѣ становится меньше, и около десятилѣтняго возраста она ограничивается 11-ю часами въ сутки. Взрослый, занимающійся физическимъ трудомъ, требуетъ около 6—7 часовъ сна въ сутки, а при умственномъ трудѣ необходимо отъ 6 до 8 часовъ. Въ старости потребность въ снѣ значительно уменьшается.

Зимой потребность въ снѣ больше, нежели лѣтомъ, вслѣдствіе болѣе значительной траты веществъ, благодаря холоду. Жители холодныхъ странъ спятъ больше жителей теплыхъ странъ. Въ умѣренномъ

---

[1]) Revue scientifique 1886 I. p. 592.

климатѣ сонъ всего лучше. Въ жаркомъ климатѣ и въ слишкомъ теплыхъ помѣщеніяхъ сонъ затрудненъ и даже невозможенъ. Въ умѣренныхъ высотахъ сонъ лучше, чѣмъ на значительныхъ высотахъ и на морскомъ берегу. Мужчины спятъ меньше женщинъ. Культурныя расы спятъ меньше, нежели низко стоящія по образованію. Напряженная умственнная работа располагаетъ къ безсонницѣ. Роскошный образъ жизни и обильное питаніе болѣе располагаютъ къ безсонницѣ, чѣмъ умѣренная жизнь [1]).

Недостаточный сонъ, какъ было упомянуто выше, вызываетъ усталость, исхуданіе и малокровіе и раздражительность характера, что замѣчено французскими психіатрами на больничной прислугѣ, которая получаетъ дурной нравъ отъ безсонныхъ ночей, но исправляется, какъ только начинаетъ достаточно спать. Избыточный сонъ ведетъ къ ожиренію и недостаточному упражненію умственныхъ способностей [2]) и можетъ составлять одинъ изъ источниковъ вырожденія (Bordier).

Патологія сна.

Условіями, предрасполагающими къ безсонницѣ, на основаніи сводной статистики изъ нѣсколькихъ авторовъ, Macfarlane считаетъ:

Неврастенію	13.55%
Заботы и непріятности	13.18
Подагру	9.52
Утомленіе	8.04
Менопаузу	6.59
Диспепсію	6.22
Алкоголизмъ	5.86
Старческій возрастъ	4.39
Итого	67.35%

Въ остальныхъ 32.65% причина безсонницы не выяснена. По сдѣланнымъ нами наблюденіямъ причины безсонницы могутъ быть сведены къ слѣдующимъ пяти условіямъ:

I. Возбужденіе органовъ чувствъ;

II. Повышеніе рефлексовъ;

III. Возбужденное состояніе психическаго органа;

IV. Разстройство важнѣйшихъ отправленій, въ особенности дыханія и кровообращенія;

---

[1]) Macfarlane Insomnia and its Therapeutics London 1890 p. 50—62.

[2]) Littré Dictionnaire de médecine etc Art. Sommeil.

V. Самоотравленіе организма.

Разсмотримъ въ частности значеніе каждаго изъ приведенныхъ условій.

I. Возбужденіе периферическихъ аппаратовъ.

Что для покойнаго сна необходимо отсутствіе свѣта и шума— это общеизвѣстно, но наблюденіемъ и оцѣнкой различныхъ условій сна можно убѣдиться, что столь же существенное значеніе имѣютъ и раздраженія, падающія на другіе органы чувствъ, въ особенности на кожу, а равно на концевые аппараты общаго чувства, а у дѣтей даже на органъ обонянія (Комбъ).

Повидимому раздраженія кожи и общаго чувства играютъ наиболѣе существенную роль нарушителей сна. Человѣкъ и высшія животныя во время сна принимаютъ положеніе, требующее наименьшаго напряженія произвольныхъ мышцъ (покоя ихъ) и въ то-же время стараются поставить себя въ такія условія, *чтобы общіе покровы находились по возможности равномѣрно нагрѣтыми*: человѣкъ покрываетъ себя сверху и снизу дурными проводниками тепла, животныя стараются достигнуть той-же цѣли, свертываясь въ клубокъ, ложась въ кучу и т. п. По сдѣланнымъ нами наблюденіямъ, кожа въ ряду другихъ органовъ чувствъ является наиболѣе воспріимчивой къ раздраженіямъ во время сна. Раздраженія кожи (болевыя и осязательныя) вызываютъ рефлекторныя движенія, захватывающія значительныя группы мышцъ; въ этомъ отношеніи кожныя раздраженія, по своему безпокоющему характеру, стоятъ рѣшительно впереди раздраженій, падающихъ на другіе органы чувствъ—зрѣніе, слухъ и пр. Наиболѣе чувствительной кожа спящаго человѣка оказывается къ впечатлѣніямъ холода. Если какая-нибудь часть кожи (за исключеніемъ кожи головы) подвергается дѣйствію болѣе низкой, чѣмъ сама кожа, температуры, то это обыкновенно вызываетъ у спящаго рядъ болѣе или менѣе сложныхъ движеній, имѣющихъ цѣлью удалить охлажденную часть или прикрыть ее. Сравнивая движенія спящаго человѣка, вызываемыя то свѣтовымъ раздраженіемъ, то раздраженіемъ кожи холодомъ, легко убѣдиться, что въ послѣднемъ случаѣ возникаютъ гораздо болѣе значительныя, по силѣ и по количеству мышцъ, движенія, нежели въ первомъ (гдѣ наблюдается только болѣе или менѣе плотное сомкнутіе глазъ). Разбирая далѣе самый характеръ цѣлесообразныхъ движеній, въ приведенныхъ наблюденіяхъ, можно убѣдиться, что въ большей части случаевъ движенія спящаго человѣка при свѣтовыхъ раздраженіяхъ ограничиваются *работой подкорковыхъ центровъ*, при раздраженіяхъ же кожи, въ особенности холодомъ, движенія совершаются *при участіи психическаго органа* (человѣкъ повора-

чивается, иногда начинаетъ говорить и т. под.). Можно, кажется, высказать, какъ общее положеніе, справедливое для большей части случаевъ, что раздраженія кожи холодомъ доходятъ до психическаго органа и, возбуждая его, вызываютъ въ немъ соотвѣтственную работу; возбужденіе же другихъ органовъ чувствъ рѣже доходитъ до мозговой коры, и дѣло ограничивается лишь движеніями подкорковаго типа. Легко понять значеніе подобной разницы, если принять во вниманіе, что сонъ, въ особенности глубокій, представляетъ собою, по всей вѣроятности, *полную* пріостановку психическихъ дѣятельностей, полный покой психическаго органа.

У нѣкоторыхъ лицъ ненормально повышенная чувствительность кожи головы къ холоду въ такой степени развита, что лица эти съ трудомъ засыпаютъ, не закутавшись съ головой. Этотъ патологическій фактъ въ свою очередь указываетъ на то значеніе, какое имѣютъ для сна холодовыя раздраженія кожи.

По сдѣланнымъ нами наблюденіямъ, нарушающія сонъ дѣйствія холодовыхъ раздраженій обнаруживаются скорѣе въ томъ случаѣ, когда раздраженію подвергается небольшой участокъ кожи, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда вся кожа равномѣрно охлаждается.

Раздраженія въ сферѣ общаго чувства занимаютъ повидимому второе (послѣ холодовыхъ раздраженій на кожу) мѣсто въ дѣлѣ нарушенія сна. По наблюденіямъ Прейера, новорожденныхъ дѣтей будитъ чувство голода.

При всякаго рода заболѣваніяхъ, нездоровьѣ и недомоганіяхъ сонъ нарушается въ силу раздраженій, исходящихъ изъ общаго чувства. Въ этихъ случаяхъ разстроенный сонъ является самымъ точнымъ и раннимъ показателемъ наступающаго патологическаго состоянія организма. Такимъ обр. голодъ, жажда, головокруженіе, щекотаніе, чувство сладострастія, чувство нездоровья и т. п. нарушаютъ сонъ. Безсонница у психически—больныхъ, составляющая столь обычный симптомъ болѣзни, зависитъ, между прочимъ, отъ множества ненормальныхъ ощущеній изъ сферы общаго чувства. Между ощущеніями, входящими въ составъ общаго чувства, *боль* является однимъ изъ самыхъ серьезныхъ нарушителей сна. Боль вообще занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ въ ряду условій, разстраивающихъ сонъ.

II. Повышеніе рефлексовъ.

Повышеніе рефлексовъ является одной изъ существенныхъ причинъ разстроеннаго сна. Механизмъ или послѣдовательность явленій, при этомъ наблюдаемая, состоитъ въ томъ, что повышенные рефлексы служатъ источникомъ быстрыхъ и неожиданныхъ движеній, вздрагива-

нія конечностей, неожиданныхъ вздоховъ, которые будятъ засыпающаго, доносясь до мозговой коры. Столь же существенное дѣйствіе оказываютъ повышенные рефлексы со стороны пузыря, даже наполненнаго относительно умѣренно. Происходящія время отъ времени рефлекторныя сокращенія мышцъ пузыря (sphincteris et detrusoris) возбуждаютъ *воспринимающій и двигательный* аппаратъ мозговой коры, вызывая въ нихъ регуляторную иннервацію. Наконецъ, повышенный рефлексъ съ кожи на сосудодвигательную иннервацію можетъ вызывать—всего чаще путемъ *холодовыхъ* [1]) раздраженій кожи—спазмы периферическихъ сосудовъ и единовременное расширеніе мозговыхъ сосудовъ, при посредствѣ сложнаго взаимодѣйствія центровъ (которое будетъ подробнѣе разсмотрѣно нами въ главѣ о регулированіи кровообращенія). Возникшее этимъ путемъ кровенаполненіе головного и спинного мозга повышая ихъ дѣятельность, нарушаютъ сонъ [2]). Спазмъ кожныхъ сосудовъ мѣшаетъ наступленію turgoris vitalis, составляющему, кажется, одно изъ существенныхъ условій нормальнаго сна.

Повышенными рефлексами объясняется и такъ называемая anxietas tibiarum—мучительное безпокойство, которое заставляетъ безпрестанно мѣнять положеніе конечностей и нерѣдко нападетъ по ночамъ даже на здоровыхъ.

Съ описанными явленіями мы познакомились отчасти изъ распросовъ больныхъ, отчасти объективнымъ путемъ. Объективнымъ образомъ можно убѣдиться въ повышеніи рефлексовъ, изслѣдуя обыкновеннымъ порядкомъ кожные и сухожильные рефлексы, а также рефлекторное расширеніе зрачка подъ вліяніемъ болеваго раздраженія, наносимаго на ушную сережку или другую часть кожи.

Иногда можно убѣдиться, что у лицъ, у которыхъ повышены рефлексы въ моментъ засыпанія, въ обыкновенное время напр. днемъ они повышены неособенно значительно, но съ наступленіемъ момента близкаго къ засыпанію, когда корковая дѣятельность падаетъ, тормозящее дѣйствіе ея на рефлексы уменьшается. Въ этотъ именно моментъ и становится очевиднымъ существующее повышеніе рефлексовъ.

---

[1]) Согласно изслѣдованіямъ Dessoir'а въ мозговой корѣ существуютъ раздѣльные центры для *тепловыхъ* и для *холодовыхъ* ощущеній (Arch. f. Anat. и physiol—Physiol. abt. 1893. pag. 525—535.) цитата по реферату.

[2]) Не лишено интереса, что, несмотря на вѣроятное повышеніе при этомъ корковой возбудимости, тормозящее дѣйствіе коры на спинномозговые рефлексы повидимому не имѣетъ мѣста. Быть можетъ это зависитъ отъ того, что корковая работа является скорѣе въ формѣ аффекта, такъ какъ больные описываютъ, что при вздрагиваніи они поражаются *неожиданностью*, за которою слѣдуетъ *состояніе ожиданія*, мѣшающее сну.

Помѣхи сну, зависящія отъ повышенныхъ рефлексовъ, опредѣляются изъ анамнеза больного жалобами его на испытываемое имъ неожиданное нарушеніе сна въ тотъ моментъ, когда, казалось, онъ окончательно засыпаетъ. Двѣ или три такихъ неожиданныхъ помѣхи отдаляютъ засыпаніе и заставляютъ часто мѣнять положеніе въ постели. Состояніе это отличается отъ другого вида безсонницы, о которомъ рѣчь будетъ ниже.

III. Возбужденіе психическаго органа.

Напряженная психическая дѣятельность можетъ отсрочить и затруднить наступленіе сна. Нѣкоторые изъ наиболѣе блестящихъ мыслителей и писателей нашего времени спятъ сравнительно мало, говоритъ Macfarlane [1]), и вообще спятъ меньше, нежели способенъ спать человѣкъ, занимающійся физическимъ трудомъ. Послѣдній можетъ спать больше по двумъ причинамъ: въ силу болѣе частаго мышечнаго утомленія, но еще болѣе въ силу отсутствія мозговыхъ гиперемій, свойственныхъ умственной дѣятельности. Безсонница, зависящая отъ напряженной умственной работы, характеризируется по нашимъ наблюденіямъ тѣмъ, что сонъ *не наступаетъ* въ обычное время, а гораздо позднѣе. Обстоятельство это, сдѣлавшись хроническимъ, ведетъ постепенно къ позднему часу засыпанія и позднимъ вставаньямъ, отъ которыхъ люди нерѣдко не могутъ отдѣлаться, несмотря на сознаніе вреда для здоровья отъ такой жизни.

Наравнѣ съ чисто *мыслительной* работой, работа *чувства* или *эмоціональная* также можетъ нарушать сонъ. Душевное волненіе или непріятность легко вызываютъ безсонницу и, по нашимъ наблюденіямъ, не въ первую ночь, а въ послѣдующія. Измѣненіе въ настроеніи духа, озабоченность, печаль и проч. или наоборотъ возбуждающія чувства нарушаютъ сонъ. Безсонница, зависящая отъ измѣненій чувства, характеризуется по нашимъ наблюденіямъ тѣмъ, что при ней засыпаніе большею частью наступаетъ своевременно, но послѣ двухъ, трехъ или немногихъ часовъ сна, человѣкъ пробуждается въ состояніи волненій и не можетъ дальше спать. Вообще можно сказать, что раннѣе, ничѣмъ не вызываемое пробужденіе указываетъ на помѣхи сну со стороны измѣненнаго и возбужденнаго чувства.

Психическое возбужденіе составляетъ одну изъ причинъ безсонницы у душевно-больныхъ въ острыхъ и отчасти хроническихъ формахъ. Съ развитіемъ слабоумія сонъ становится лучше.

---

[1]) l. c. p. 56.

IV. Разстройство главнѣйшихъ жизненныхъ отправленій (дыханія, кровообращенія).

Разстройства этихъ отправленій самымъ рѣшительнымъ образомъ лишаютъ человѣка спокойнаго, легкаго возстановляющаго сна, они измѣняютъ самое качество сна, въ противуположность другимъ причинамъ, которыя, большею частью, только отдаляютъ или устраняютъ сонъ. Подъ вліяніемъ разстройствъ дыханія, кровообращенія сонъ становится безпокойнымъ, тяжелымъ, тревожнымъ и непріятнымъ въ противоположность *сладкому*, нормальному сну.

Въ основаніи этихъ разстройствъ сна лежатъ, повидимому, измѣненія рефлекторнаго характера, имѣющія своей исходной точкой раздраженіе какой-либо части, способной вызвать сложные и важные по своему значенію рефлексы. Таково, напр., раздраженіе передней части кожи шеи. Общеизвѣстенъ фактъ дурного, неспокойнаго сна при запрокидываніи головы назадъ или наклоненіи ея впередъ, но въ особенности при твердомъ, жесткомъ, накрохмаленномъ бѣльѣ или при тѣсномъ воротникѣ рубахи или, наконецъ, при засыпаніи въ костюмѣ, плотно соприкасающемся съ кожей шеи. Во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣетъ мѣсто, по всей вѣроятности, не только затрудненный оттокъ венозной крови изъ головы, но еще болѣе—тѣ *рефлекторныя послѣдствія*, которыя открыты и разъяснены Броунъ-Секаромъ. Онъ нашелъ, что раздраженіе кожи на передней части шеи дѣйствуетъ такъ же, какъ уколъ въ продолговатый мозгъ, т. е. тормозитъ дѣятельность центровъ кровообращенія и дыханія [1]). Подобнымъ обравомъ раздраженіе области сердца у чувствительныхъ особъ, а также при болѣзняхъ сердца нарушаетъ сонъ и заставляетъ ихъ чаще спать не на лѣвомъ боку [2]), а на правомъ. Наконецъ, подобнымъ же рефлекторнымъ путемъ могутъ наступать измѣненія дѣятельности сердца со стороны вздутаго и расширеннаго желудка, который оттѣсняетъ вверхъ діафрагму и мѣшаетъ правильной работѣ лежащаго на ней сердца. И въ этомъ примѣрѣ дѣло сводится не къ однимъ только механическимъ условіямъ стѣсненія сердца, но къ болѣе сложному и кружному пути рефлекторной задержки его (Potain) черезъ продолговатый мозгъ [3]). Примѣровъ подобнаго рода разстройствъ, исходящихъ изъ отдаленныхъ точекъ, извѣстно уже не мало. Среди сна, когда тормозящее рефлексы дѣйствіе головного мозга устраняется, или

---

[1]) Brown—Séquard, Progrès méd. 1887 I. p. 365.

[2]) Статистическія данныя относительно сна нижнихъ чиновъ содержатся въ статьѣ д-ра Носовича. Врачъ, 1886, стр. 785-

[3]) D-r Trastour prof. Semaine méd. 1887 p. 352.

по крайней мѣрѣ слабѣетъ, могутъ обнаружит.ся такіе рефлексы, которые до того времени были подавлены.

Какимъ бы путемъ ни происходили разстройства дыханія и кровообращенія, т. е. будутъ ли они рефлекторнаго происхожденія или зависѣть отъ анатомическаго страданія сердца, легкихъ или сосудовъ,— устраненіе этихъ разстройствъ можетъ улучшить сонъ. Мы имѣли подъ наблюденіемъ нѣсколько чистыхъ случаевъ подобнаго рода, гдѣ тяжелый сонъ и упорная безсонница были излѣчены однимъ регулированіемъ дѣятельности сердца безъ другихъ пріемовъ. На одномъ изъ такихъ случаевъ, гдѣ существовала недостаточность двухстворчатаго клапана у человѣка, занимающагося полотернымъ ремесломъ, съ крайне недостаточнымъ (два—три часа въ сутки) тяжелымъ сномъ, регулированіе дѣятельности сердца, оставленіе, по нашему совѣту, полотернаго ремесла дало въ самое короткое время блестящій результатъ — возстановленіе правильнаго сна, послѣ нѣсколькихъ лѣтъ безсонницы.

V. Самоотравленія. Замедленный обмѣнъ.

Измѣненія химизма крови и тканей составляетъ частую и существеную причину безсонницы или неправильнаго сна. Сюда прежде всего относится безсонница стариковъ, зависящая отъ недостаточнаго газоваго обмѣна вслѣдствіе артеріосклероза. У стариковъ, говоритъ Гиппократъ, трудное дыханіе, катарры съ кашлемъ, боль въ членахъ, головокруженія, худосочіе, безсонница и проч. (Афоризмъ 31, 3 книги). Сюда относится безсонница при болѣзняхъ съ недостаточнымъ или затруднительнымъ обмѣномъ, далѣе, безсонница, сопровождающая большую часть острыхъ болѣзней, въ особенности инфекціонныхъ, наконецъ, безсонница или дурной сонъ, вызываемый броженіемъ и токсинами, развивающимися въ кишечномъ каналѣ и всасывающимися въ кровь. Къ этой же категоріи можно отнести и безсонницу, зависящую отъ продолжительнаго умственнаго напряженія безъ достаточныхъ отдыховъ, когда въ крови и мозговой ткани накопляются продукты работы.

Виды ненормальнаго сна:

1) Oppressio nocturna. Cochemar. Incubus.
2) Pavor nocturnus. Timor n. Metus n.
3) Somnus turbatus insomnia. Vigilia. Agrypnia.

Кошмаръ. (Oppressio nocturna).

Названіе этого болѣзненнаго припадка—incubus—происходитъ отъ нелѣпаго мнѣнія, существовавшаго въ прежніе вѣка, будто припадокъ

зависитъ отъ прижатія спящаго человѣка злымъ духомъ, который садится верхомъ на грудь. Первое научное описаніе кошмара находимъ у Орибазія [1]). Онъ же указываетъ и лѣченіе. Описаніе Орибазія повторено въ медицинскомъ лексиконѣ Литтре. Орибазій говоритъ о кошмарѣ: это вовсе не злой духъ, но болѣзнь, состоящая въ давленіи, въ чувствѣ задушенія и невозможности кричать. Припадокъ захватываетъ человѣка среди глубокаго сна и состоитъ въ чувствѣ необычайнаго давленія на нижнюю часть груди, соединеннаго съ невозможностью двигаться, говорить и дышать. Припадокъ разрѣшается вскакиваніемъ на ноги и страхомъ. Послѣ засыпанія припадокъ можетъ еще разъ повториться. Причиной припадка всего чаще бываетъ дурное пищевареніе, неправильное положеніе головы (см. выше стр. 154). напряженная умственная работа и угнетающія нравственныя впечатлѣнія. Два первыя условія — наиболѣе часты. Патологическая сущность болѣзни состоитъ въ рефлекторной остановкѣ дыханія (см. выше стр. 154), при посредствѣ механизма, открытаго Броунъ-Секаромъ, или еще вѣроятнѣе путемъ рефлекса изъ области желудка или, наконецъ, инымъ путемъ. Орибазій совѣтуетъ противу кошмара purgativa, carminativa и правильную діэту.

Ночной испугъ. (Pavor nocturnus).

Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ то состояніе, которое, внушая родителямъ больного большія опасенія, довольно часто нарушаетъ часы отдыха врачей. Иногда среди глубокаго сна, особенно часто въ первые часы сна, ребенокъ внезапно вскакиваетъ, начинаетъ громко и долго кричать и хватаетъ руками пустое пространство или, сидя въ постели, съ неподвижнымъ взглядомъ и боязливымъ выраженіемъ лица, произноситъ непонятныя слова. Нѣкоторыя дѣти при этомъ дрожатъ всѣмъ тѣломъ, въ отчаяньи бросаются на руки испуганной матери или няньки, не узнаютъ ихъ, и съ трудомъ удается успокоить подобнаго рода испуганнаго ребенка. По прошествіи короткаго промежутка времени таже сцена повторяется снова, и нерѣдко, даже неоднократно, такъ что иногда проходитъ полчаса и болѣе, прежде нежели удастся успокоить дитя, послѣ этого измученный ребенокъ снова крѣпко засыпаетъ. Обыкновенно остальная ночь проходитъ совершенно спокойно и, проснувшись, ребенокъ *не помнитъ*, что съ нимъ было ночью, и не узнаетъ врача, который сидѣлъ у его постели во время ночного припадка. Подобные припадки начинаютъ повторяться по прошествіи то большаго, то меньшаго промежутка времени, иногда—каждую ночь, иногда—раза

[1]) Synopsis, книга 8, глава 2, изд. Даремберга, т. V, стр. 402.

два въ недѣлю, или даже еще рѣже. Въ исключительныхъ только случаяхъ, въ теченіе одной ночи бываетъ два подобныхъ припадка. Днемъ въ ребенкѣ не замѣтно ничего болѣзненнаго, никакихъ явленій, которыя можно было бы связать съ ночными припадками. Это состояніе, которое чрезвычайно безпокоитъ всѣхъ окружающихъ ребенка, продолжается неопредѣленное время; въ однихъ случаяхъ болѣзнь кончается нѣсколькими припадками, въ другихъ же припадки повторяются въ теченіе многихъ недѣль, даже мѣсяцевъ; но во всякомъ случаѣ, въ концѣ концовъ пароксизмы исчезаютъ, не оставляя по себѣ никакихъ дурныхъ послѣдствій.

Генохъ [1]) считаетъ припадокъ слѣдствіемъ возбужденія фантазіи ребенка сказками; West считаетъ pavor noct. послѣдствіемъ разстроеннаго пищеваренія. По нашимъ наблюденіямъ, болѣзнь свойственна дѣтямъ съ невропатическимъ предрасположеніемъ и является слѣдствіемъ возбужденія фантазіи и волненій у ребенка, а также послѣ нелѣпой несдержанной дѣтской возни и бѣготни, сопровождавшейся волненіемъ. Уффельманъ считаетъ причиной дѣтской безсонницы нервную раздражительность ребенка и возбужденіе фантазіи устрашающими разсказами [2]).

Макферланъ повидимому ближе другихъ къ истинѣ въ опредѣленіи причинъ всѣхъ видовъ разстройства сна у дѣтей. По его мнѣнію въ раннемъ дѣтствѣ причиной безсонницы является разстройство пищеваренія (вслѣдствіе неправильнаго питанія), прорѣзываніе зубовъ, наслѣдственность (сифилитическая, рахитическая) и пр. Далѣе, когда у дѣтей начинается развитіе чувства, причиной безсонницы являются сильныя впечатлѣнія, особенно устрашающія, и вообще возбужденіе чувства. Съ наступленіемъ юности сонъ чаще всего нарушается вслѣдствіе умственнаго переутомленія [3]), которое легко развивается въ неокрѣпшемъ организмѣ.

Безсонница взрослыхъ (Insomnia).

Можно различать два вида этого разстройства: 1) неглубокій прерывистый сонъ, 2) совершенная невозможность уснуть. Для разъясненія сущности этого нерѣдкаго въ нашъ вѣкъ разстройства, необходимо остановиться на одной сторонѣ физіологіи сна, которая нами не была разсмотрѣна. Главнѣйшій признакъ здороваго сна у рабочаго человѣка состоитъ въ болѣе или менѣе полной, а вѣрнѣе,—совершенной пріостановкѣ психическихъ отправленій; по выраженію Ландуа—спящій

---

[1]) Дѣтскія болѣзни.

[2]) Uffelman. Handb. d Hygiene des Kindes. Leipzig, 1881. p. 333.

[3]) Macferlane. l. c.. 64.

подобенъ животному, у котораго удалены большія полушарія. Для наступленія сна необходимо:

1) пріостановка или уменьшеніе и ослабленіе впечатлѣній, поступающихъ въ мозговую кору черезъ органы чувствъ, т. е. отсутствіе свѣта, звуковъ и другихъ внѣшнихъ впечатлѣній;

2) необходимо еще одно—ближе неизвѣстное условіе постепеннаго затиханія и пріостановки корковой работы. Первое условіе достигается прежде всего лежачимъ положеніемъ, при которомъ количество мышечныхъ сокращеній и *мышечныхъ ощущеній* значительно уменьшается, далѣе оно достигается уединеніемъ и темнотой, которыхъ естественно ищетъ желающій спать. Но, быть можетъ, наиболѣе важнымъ условіемъ сна служитъ правильно устроенная постель или мѣсто отдыха. Постель должна быть устроена такъ, чтобы *всѣ части кожи спящаго находились въ однообразныхъ условіяхъ отдачи тепла*. Этимъ путемъ устраняется главный источникъ нарушенія сна—мѣстныя холодовыя раздраженія. Второе условіе сна вступаетъ въ силу путемъ привычки ложиться для сна при возможно болѣе однообразныхъ для даннаго лица условіяхъ: къ засыпанію надо привыкать такъ же, какъ къ правильной ѣдѣ и правильному отправленію другихъ потребностей организма. Привычка облегчаетъ главнѣйшій и самый существенный моментъ—засыпанія. Нѣкоторые люди обладаютъ способностью засыпать по произволу, говоритъ Macferlane, и конечно, продолжаетъ онъ, эта способность должна быть выработана. Такой привычкой обладали Тьеръ и Веллингтонъ [1]).

Нормальный сонъ, называемый обыкновенно *легкимъ сномъ*, наступаетъ скоро, онъ большею частью глубокъ, не сопровождается сновидѣніями и даетъ послѣ пробужденія пріятное самочувствіе свѣжести, бодрости и хорошаго расположенія духа. Въ противоположность ему *тяжелый сонъ*—прерывистъ, послѣ пробужденія распознается по чувству утомленія и дурного расположенія духа. Этого рода сонъ дѣйствуетъ на организмъ еще болѣе неблагопріятно, чѣмъ совершенная безсонница.

Важное гигіеническое значеніе одной изъ сторонъ правильнаго сна и именно глубины его выясняется изъ наблюденій Крепелина [2]), именно—чѣмъ глубже сонъ, тѣмъ полнѣе и скорѣе онъ возстановляетъ утомленныя психическія силы. *Эта концентрація* сна—какъ ее называютъ англійскіе авторы—является однимъ изъ лучшихъ средствъ удлин-

---

[1]) Macferlane l. c. p. 54.

[2]) Kraepelin. Ueber die geistige Arbeit. Jena. 1894.

нить свой рабочій день и улучшить самыя качества послѣдующей психической работы.

Діагностическое (вѣщее) *значеніе снов*ъ.

Коментаторъ Галена очень справедливо передаетъ сущность его мысли слѣдующими словами: безсонница бросаетъ яркій свѣтъ на распознаваніе состоянія организма — insomnia multum lucis adferre ad cognoscendas dispositiones corporeas [1]). По этому вопросу мы приведемъ вкратцѣ сдѣланныя нами наблюденія надъ безсоницей у больныхъ.

Больной, находившійся два года тому назадъ въ завѣдываемой мною клиникѣ, страдалъ пахименингитомъ (pachim. int.); процессъ локализировался соотвѣтственно положенію корковаго центра нижнихъ конечностей; кости черепа въ этомъ мѣстѣ были чувствительны къ давленію; больной ходилъ неувѣренно, съ закрытыми глазами труднѣе, страдалъ головными болями и головокруженіемъ. Наступавшему по временамъ ухудшенію болѣзни предшествовало появленіе яркихъ сновидѣній безпокойнаго характера; больному казалось, напримѣръ, что онъ идетъ по узкому и высокому гребню почти отвѣсныхъ скалъ или стоитъ надъ пропастью. Очевидно, что здѣсь путемъ воспроизведенія создавалась картина, способная вызвать головокруженіе; лишь процессы шли въ обратномъ порядкѣ.

Одной изъ нашихъ больныхъ, страдавшей болѣзнью сердца и сердцебіеніемъ, часто видѣлось во снѣ, что она торопится на поѣздъ, задыхается и не можетъ поспѣть; или снилось, что за ней гонится злая собака, она убѣгаетъ, и вотъ-вотъ собака ее настигнетъ. Здѣсь, какъ и въ первомъ примѣрѣ, умственно воспроизводилась обстановка, соотвѣтствующая сердцебіенію и одышкѣ.

Одинъ изъ нашихъ больныхъ, засорившій себѣ желудокъ употребленіемъ несвѣжей провизіи, видѣлъ себя во снѣ тяжко больнымъ, безсильнымъ, стонущимъ, умирающимъ. Сонная фабула такого-же происхожденія, какъ и въ предыдущихъ примѣрахъ.

Въ больныхъ съ измѣненнымъ настроеніемъ духа, въ особенности передъ помѣшательствомъ, сновидѣнія имѣютъ тревожный характеръ и сопровождаются болѣе или менѣе сильными аффектами—стыдомъ, ужасомъ, отчаяніемъ; такъ, одному изъ нашихъ больныхъ снилось, что его сдѣлали палачемъ и заставили разрѣзать животъ и выматывать кишки у казненныхъ и уже мертвыхъ, однако же еще двигавшихся людей; онъ безсильно повиновался. Въ этомъ примѣрѣ душевныя волненія будущаго

---

[1]) Epitome Galeni operum. De presagio ex somniis sumendo. Lugdini, 1643. p. 314.

меланхолика и безсиліе воли воплотились въ форму сновидѣнія, соединеннаго съ ужасомъ, отвращеніемъ и подавленіемъ воли. Аналогичные примѣры сновидѣній можно найти у Мори [1]).

Обсужденіе характера сновидѣній въ связи съ физическимъ изслѣдованіемъ больного во многихъ случаяхъ можетъ оказаться цѣннымъ, указывая на болѣзненные симптомы, но въ особенности оно имѣетъ значеніе для сужденія о настроеніи духа и вообще о психическомъ состояніи больного. Вообще же сновидѣнія даютъ положительныя указанія касательно того, какіе изъ периферическихъ органовъ посылаютъ впечатлѣнія въ мозговую кору, или какія части мозга сохраняютъ и во снѣ свою возбудимость.

Леченіе безсонницы.

Можно обезпечить сонъ, не прибѣгая къ лѣкарствамъ, и это является самымъ существеннымъ требованіемъ терапіи. Въ большей части случаевъ безсонницы или нарушенія сна намъ удавалось достигнуть хорошихъ результатовъ, не прибѣгая къ снотворнымъ. Необходимо предварительно опредѣлить причины, вызывающія безсонницу. Когда это сдѣлано (если возможно), приступаютъ къ леченію.

Къ числу нефармацевтическихъ средствъ противъ безсонницы должно быть отнесено на первомъ планѣ тепловатая ванна, 26—27^0 R. съ холоднымъ компрессомъ на голову, всего лучше за нѣсколько часовъ до наступленія сна. Затѣмъ, по нашимъ наблюденіямъ, очень благотворно дѣйствуетъ получасовой полный отдыхъ отъ всякихъ занятій въ сидячемъ положеніи, если время года позволяетъ,—на открытомъ воздухѣ; прогулка и движеніе такого дѣйствія не оказываютъ.

У Орибазія находимъ слѣдующій совѣтъ, заимствованный изъ сочиненій Галена: въ случаѣ упорной безсонницы слѣдуетъ совѣтовать больнымъ забинтовать себѣ руки и ноги въ то время, когда они обыкновенно ложатся спать; въ этомъ состояніи больные должны, однако же, стараться не заснуть, для чего ихъ заставляютъ открывать глаза, какъ только они ихъ закрыли; когда больные почувствуютъ себя достаточно утомленными, съ нихъ быстро снимаютъ повязки, уносятъ свѣтъ и дѣлаютъ возможную тишину [2]). Наступленіе сна при посредствѣ описаннаго пріема зависитъ по всей вѣроятности отъ послѣдовательной гипереміи конечностей, находившихся подъ повязками (сходный опытъ Конгейма). Доказанное въ прошломъ году существованіе нервовъ въ венозныхъ сосудахъ и возможность паралича ихъ путемъ

---

[1]) Мори. Сонъ и сновидѣнія. Москва, 1867, стр. 134 и далѣе.

[2]) D'Oribase Oeuvres complets. T. V. pag. 312.

механическаго давленія [1]) объясняютъ намъ раціональность совѣта Орибазія; такъ, при помощи его пріема можно вызвать перемѣщеніе крови къ конечностямъ—что составляетъ одно изъ условій сна. (Ср. выше стр. 148-я).

Фармацевтическія средства слѣдуетъ употреблять, начиная съ слабѣйшихъ, въ слѣд. порядкѣ:

1) Бромистые препараты.

2) Т. наз. жаропонижающія въ малыхъ дозахъ.

3) Препараты скопаламина и дюбуазина.

4) Снотворныя(сульфоналъ, тріоналъ, тетроналъ, паральдегидъ и др.)

Въ значительномъ числѣ случаевъ можно обойтись первыми тремя категоріями снотворныхъ, не прибѣгая къ четвертой. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ достаточно однихъ бромистыхъ препаратовъ.

1) Согласно совѣту Шарко мы соединяемъ бромистый натръ съ бромистымъ аммоніемъ въ пропорціи 4 на 1. Прибавленіе соли аммонія необходимо для того, чтобы угнетающее дѣйствіе другихъ бромидовъ *не распространять* на дыхательный центръ (амміакъ возбуждаетъ дыхательный центръ). Бромистые препараты понижаютъ возбудимость чувствительныхъ и двигательныхъ областей мозга и этимъ путемъ вызываютъ сонъ. Успокаивающее дѣйствіе этихъ средствъ обнаруживается раньше всего пониженіемъ рефлексовъ, затѣмъ слѣдуетъ пониженіе подкорковыхъ центровъ; на мозговую же кору бромистые препараты дѣйствуютъ только въ большихъ дозахъ (Schmiedeberg).

2) Для усиленія наркотическаго дѣйствія бромистыхъ препаратовъ мы находимъ полезнымъ прибавлять малыя дозы скопаламина въ пропорціи 0.0002—0.0004 послѣдняго на каждые 0.6 другихъ бромидовъ. Въ такой пропорціи скопаламинъ не вызываетъ побочныхъ явленій (паралича аккомодаціи, сухости въ горлѣ).

3) *Употребленіе жаропонижающихъ* можетъ быть прописано или самостоятельно, или совмѣстно съ приведенными сейчасъ средствами. *Жаропонижающія*, разслабляя сосудистую иннервацію общихъ покрововъ, содѣйствуютъ перемѣщенію крови въ кожу, т. е., вызываютъ искусственно то явленіе, которое наблюдается во всякомъ нормальномъ снѣ (см. выше стр. 152).

Соединяя три перечисленныя сейчасъ средства, можно большею частью вызвать сонъ, не прибѣгая къ сильнымъ средствамъ.

4) Изъ средствъ послѣдней группы (болѣе сильныхъ) необходимо исключить хлоралъ—гидратъ, который со времени своего введенія въ терапію въ 1867 г. составлялъ одно изъ наиболѣе употреблявшихся препаратовъ. Въ виду парализующаго дѣйствія его на дыханіе и крово-

[1]) Ranvier. Des nerfs vasomoteurs des veines. Sem. méd. 1895 p. 34.

обращеніе—употребленіе его не безопасно. Въ послѣдніе годы вошли во всеобщее употреблепіе три сульфо—соединенія жирнаго ряда—*сульфоналъ, тріоналъ и тетроналъ.* Углеродистая группа содержится въ нихъ въ такомъ соединеніи, которое придаетъ имъ прочное снотворное дѣйствіе. Кровообращеніе и дыханіе при этомъ не особенно нарушаются, благодаря этому сульфоналъ и его группа составляютъ одни изъ лучшихъ снотворныхъ.

Снотворное дѣйствіе сульфонала наступаетъ медленно вслѣдствіе трудной растворимости его въ водѣ обыкновенной температуры; но зато дѣйствіе его гораздо продолжительнѣе, чѣмъ отъ другихъ снотворныхъ. Послѣ пробужденія отъ сульфонала иногда остается сонливость, и послѣ очень большихъ дозъ иногда замѣчали опасную спячку; на животныхъ, съ которыми дѣлали опыты, оглушеніе и сонливость продолжались нѣсколько дней. Вслѣдствіе продолжительнаго или послѣдовательнаго дѣйствія сульфонала, у психически-больныхъ замѣчалось усиленіе подавленнаго состоянія и паралитическихъ явленій.

Доза сульфонала: 2,0 для млжчины, 1,0 для женщины, лучше въ раздѣльныхъ дозахъ съ значительнымъ количествомъ теплаго питья, напр. чая, отъ 1—2 стакановъ. Необходимо въ случаѣ продолжительнаго употребленія средства дѣлать перерывъ въ одинъ или нѣсколько дней; при такихъ условіяхъ средство безопасно.

Тріоналъ и тетроналъ дѣйствуютъ сильнѣе сульфонала, но ничѣмъ другимъ отъ него не отличаются.

Боль и болеутоляющія средства.

Успокоить боль, говоритъ Гиппократъ,—это божественная задача. Въ самомъ дѣлѣ, боль принадлежитъ къ числу наиболѣе тягостныхъ припадковъ многихъ болѣзней. Она лишаетъ человѣка сна и покоя и въ нѣкоторыхъ случаяхъ приводитъ къ самоубійству.

Самымъ постояннымъ и существеннымъ спутникомъ боли является истощеніе нервной системы и угнетеніе ея важнѣйшихъ отправленій. Если боль является очень сильной, она быстро истощаетъ силы, и въ этихъ случаяхъ жизни угрожаетъ величайшая опасность, какъ это можно видѣть на лицахъ, у которыхъ оторвана рука, палецъ или размозжено яичко. Подобное же явленіе также наблюдалось въ минувшія времена при тѣлесныхъ наказаніяхъ. Удаленіе части кожи хирургическимъ путемъ переносится легче, но нанесеніе ударовъ на кожу такой же площади гораздо болѣе опасно.

Что такое боль?

Болевыя впечатлѣнія воспринимаются нервами, проводящими впечатлѣніе *давленія, и нервами общаго чувства*, но не воспринимаются нер-

вами прочихъ органовъ чувствъ (Goldscheider). Чувство боли несомнѣнно принадлежитъ къ такимъ физiологическимъ явленiямъ, при которыхъ происходитъ суммированiе отдѣльныхъ раздраженiй, приходящихъ съ периферiи, и потому боль можетъ достигать крайней силы. Суммированiе раздраженiй можетъ происходить только въ нервной клѣточкѣ. Весьма вѣроятно—какъ это думаетъ и Goldscheider, что чувствующiе пути въ спинномъ мозгу дѣлятся на-двое: возбужденiе идетъ изъ заднихъ корешковъ или по *заднимъ столбамъ* къ корѣ головного мозга (прерываясь разъ или два въ этажахъ невроновъ), *или* же *вступаетъ въ коллятералы* и здѣсь попадаетъ въ систему многочисленныхъ *клѣтокъ столбовъ*, которые не только проводятъ возбужденiе дальше подобно заднимъ столбамъ, но и сами приходятъ въ состоянiе возбужденiя. Приходя въ состоянiе возбужденiя, клѣтки столбовъ превращаютъ въ работу всю накопившуюся въ нихъ энергiю, и полный зарядъ этой энергiи сразу попадаетъ въ мозговые центры. Чѣмъ по большему числу спинно-мозговыхъ клѣтокъ разливается первоначальное впечатлѣнiе, тѣмъ болѣе такихъ зарядовъ получаетъ мозговая кора, и сила боли вслѣдствiе этого будетъ значительнѣе. Goldscheider полагаетъ, что умѣренныя раздраженiя идутъ къ головному мозгу по обычнымъ путямъ (длиннымъ путямъ), передаваясь, какъ чувство осязанiя, давленiя и проч., но болѣе сильныя раздраженiя попадаютъ на короткiе пути—въ цѣпь ганглiозныхъ клѣтокъ, гдѣ начинается суммированiе раздраженiй.

Въ своемъ основательномъ трактатѣ о боли Goldscheider [1]) оставляетъ не разъясненнымъ фактъ--почему нервные стволы и подкожная клѣтчатка менѣе чувствительны къ боли, нежели нервныя окончанiя, онъ выражаетъ только мнѣнiе, что концевыя волоконца обладаютъ высокой степенью болевой чувствительности. Спенсеръ уже около 30-ти лѣтъ тому назадъ доказалъ, что устройство концевыхъ приборовъ въ органахъ чувствъ разсчитано на суммированiе и усиленiе получаемаго раздраженiя, вслѣдствiе чего впечатлѣнiе, падающее на концевые аппараты, приноситъ въ центръ болѣе сильныя раздраженiя, нежели впечатлѣнiя, упавшiя на проводникъ.

Корковымъ центромъ *боли* Феррiеръ (Ferrier) считаетъ извилинку Амонiева рога, Флексигъ же въ своей новѣйшей работѣ [2]) помѣщаетъ его въ gyrus fornicatus въ непосредственной связи съ осязательнымъ центромъ, лежащимъ по сторонамъ Роландовой борозды.

Такимъ образомъ болевое впечатлѣнiе, начинаясь въ кожѣ слизистыхъ оболочкахъ или во внутреннихъ органахъ, попадаетъ въ спинной мозгъ и, пройдя цѣпь нервныхъ клѣточекъ сѣраго вещества его,

---

[1]) U. den Schmerz. Berlin, 1894, pag. 24.

[2]) Neurologisches Ctbl. 1895. pag. 1121.

переносится въ мозговую кору. Сходнымъ же путемъ (т. е. пройдя черезъ цѣпь гангліозныхъ клѣтокъ) доносятся въ мозговую кору раздраженія изъ области тройничнаго нерва.

Въ изложенной схемѣ самымъ существеннымъ пунктомъ является идея о томъ, что болевыя впечатлѣнія передаются черезъ цѣпь большаго или меньшаго числа невроновъ, гдѣ они получаютъ вспомогательные заряды. Но такъ какъ каждый невронъ черепно-мозговой оси связанъ коллятералами съ множествомъ другихъ чувствительныхъ и двигательныхъ путей, то становится понятной возможность обширныхъ двигательныхъ и тормозящихъ воздѣйствій на ближайшіе и отдаленные нервные аппараты. Эти воздѣйствія составляютъ важнѣйшую клиническую и терапевтическую сторону ученія о боли. Мы переходимъ къ разсмотрѣнію ихъ.

Боль сопровождается рядомъ постоянныхъ отраженныхъ разстройствъ, а именно:

1) измѣненіями въ зрачкѣ,
2) измѣненіями въ дѣятельности мускулатуры,
3) измѣненіемъ дыханія,
4) измѣненіемъ иннерваціи сердца,
5) измѣненіями сосудо-двигательной иннерваціи,
6) измѣненіями обмѣна веществъ,
7) психическими измѣненіями.

1) Расширеніе зрачковъ.

Расширеніе зрачковъ есть явленіе рефлекторное, зависящее отъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ. Оно замѣчается при всякомъ болевомъ раздраженіи чувствительныхъ нервовъ и наблюдалось еще инквизиторами во время пытокъ.

2) Разслабленіе произвольной мускулатуры.

Разслабленіе произвольной мускулатуры подъ вліяніемъ сильной боли—представляетъ собою общеизвѣстное въ хирургіи явленіе. Если человѣкъ раненъ въ животъ пулей, говоритъ профессоръ д-ръ Эриксенъ [1]), то хотя поврежденіе по виду не велико, и при нанесеніи его вышло всего нѣсколько капель крови, однако потрясеніе нервной системы въ такихъ случаяхъ, благодаря важности для жизни поврежденной части, бываетъ очень значительно. Въ подобныхъ случаяхъ невозможна ни ходьба, ни стояніе. Человѣкъ, испытывающій сильную боль въ кишкахъ, маткѣ, печени, почкахъ, пузырѣ и т. д. не можетъ

[1]) Теоретическая и практическая хирургія. Перев. съ англ. СПБ. 1894 г. Т. I стр. 197.

держаться на ногахъ. При поврежденіи важныхъ внутреннихъ органовъ, изобилующихъ чувствительными нервами, человѣкъ падаетъ, хотя бы при этомъ не произошло ни поврежденія двигательныхъ нервовъ, ни потери крови, которыми можно было бы объяснить потерю способности держаться на ногахъ.

Разслабленіе мускулатуры представляетъ собой актъ рефлекторной задержки мышечныхъ центровъ вслѣдствіе болевого раздраженія чувствительныхъ нервовъ; оно вполнѣ аналогично той задержкѣ работы дыхательныхъ мышцъ, какая наблюдается напр. при плевропневмоніи на пораженной сторонѣ.

3) Измѣненіе дѣятельности дыхательнаго аппарата.

Крайне интересные опыты Roger'а, о которыхъ онъ сообщилъ въ засѣданіи 10 окт. 1892 г. во Француз. Академіи наукъ, показываютъ, что сильное болевое раздраженіе, произведенное вырываніемъ сѣдалищныхъ нервовъ или впрыскиваніемъ ferri sesquichlorati въ полость брюшины, вызываетъ громадное замедленіе дыхательныхъ движеній. И здѣсь мы имѣемъ дѣло съ рефлекторной задержкой вслѣдствіе сильнаго возбужденія чувствительныхъ нервовъ.

4) Измѣненіе дѣятельности сердца.

Если лягушкѣ размозжить молоткомъ лапку, удары сердца у нея чрезвычайно замедляются. Подобное же замедленіе замѣчается у человѣка при распиливаніи кости, при перерѣзкѣ сѣменного канатика даже подъ хлороформнымъ наркозомъ. Возбужденіе задерживающихъ аппаратовъ сердца происходитъ при всякомъ раздраженіи чувствительныхъ нервовъ наружныхъ и внутреннихъ органовъ.

5) Измѣненія сосудо-двигательной иннерваціи.

Сосудо-двигательная иннервація является особенно чувствительной. Болевое раздраженіе чувствительныхъ нервовъ всегда вызываетъ болѣе или менѣе сильное возбужденіе вазомоторовъ (и слѣдовательно спазмъ сосудовъ), за которымъ наступаетъ разслабленіе ихъ. Расширеніе сосудовъ, вслѣдствіе паралича сосудо-двигателей, въ значительной степени ослабляетъ дѣятельность сердца, т. е. число и силу сердечныхъ сокращеній. Вслѣдствіе расширенія сосудовъ на большомъ протяженіи, кровь не притекаетъ болѣе къ сердцу въ обычномъ количествѣ и съ обычной быстротой, такъ какъ давленіе, подъ которымъ она течетъ, значительно упало, и результатомъ этого являются крайне малыя, медленныя и трудныя сокращенія сердца.

б) *Измѣненія обмѣна веществъ, температуры тѣла и трофическія измѣненія.*

Какъ показываютъ физіологическія наблюденія (Pflüger, Voit), глубина и частота дыхательныхъ движеній не имѣютъ никакого вліянія на образованіе CO_2 и слѣдовательно на окислительные процессы вообще въ тѣлѣ. Процессы эти регулируются самыми тканями помощью неизвѣстныхъ механизмовъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ тканевой обмѣнъ не зависитъ исключительно и отъ кровообращенія, ибо можетъ происходить и въ обезкровленныхъ тканяхъ въ силу непосредственнаго вліянія нервовъ (трофическое вліяніе). Это вліяніе нервовъ на обмѣнъ въ тканяхъ глубоко поражается при шокѣ, а также подъ вліяніемъ боли; соотвѣтственно съ этимъ рѣзко измѣняется температура тѣла. Паденіе температуры принадлежитъ къ числу самыхъ важныхъ и самыхъ постоянныхъ признаковъ шока, говорилъ Gröninngen [1]). Это пониженіе температуры не только зависитъ отъ измѣненной дѣятельности сердца и сосудодвигателей, но является непосредственнымъ послѣдствіемъ *угнетеннаго тканевого обмѣна.* Въ самомъ дѣлѣ экспериментальныя наблюденія Mantegazza [2]) показали, что подъ вліяніемъ сильнѣйшихъ болевыхъ раздраженій температура тѣла падаетъ уже черезъ минуту, т. е. въ такой короткій срокъ, когда еще не успѣваютъ развиться серьезныя разстройства дыханія и кровообращенія. Быстрое паденіе температуры было замѣчено въ двухъ случаяхъ шока Пироговымъ. Новѣйшія экспериментальныя работы Roger'a, о которыхъ было упомянуто выше, показали, что у животныхъ, у которыхъ онъ вызывалъ боль (вырываніемъ сѣдалищныхъ нервовъ), температура въ короткое время падала на 1—2 градуса Цельсія; вмѣстѣ съ тѣмъ обмѣнъ веществъ и тканевое дыханіе пріостанавливались: кровь оставалась алою въ венахъ, яды, введенные въ кровь, не попадали въ ткани, хотя кровообращеніе продолжалось, словомъ—происходитъ полная пріостановка трофической иннерваціи съ соотвѣтственной задержкой обмѣна веществъ. По наблюденіямъ Roger'a задержка обмѣна можетъ быть вызвана даже и не большими сравнительно раздраженіями (напр. обнаженіемъ сонной артеріи, надрѣзомъ кожи).

Задержка въ обмѣнѣ веществъ при боли влечетъ за собою разстройство дыханія, зависящее отъ того, что кровь, бѣдная углекислотой мало раздражаетъ дыхательный центръ. Это имѣетъ тѣмъ большее значеніе, что дѣятельность дыхательнаго центра и безъ того испытываетъ рефлекторную задержку, какъ это мы видѣли выше. Какъ бы это ни показалось пародоксальнымъ, мы не можемъ не сравнить смерть

---

1) Grönningen. Ueber den Schock стр. 89.

2) Ibid. pag. 90.

отъ шока и боли со смертью отъ замерзанія, по крайней мѣрѣ, въ отношеніи вліянія той и другой причины на дыхательный центръ. При замерзаніи, какъ показали новѣйшія наблюденія Winternitz'а [1], кровь замерзающаго животнаго остается алой, способность тканей усваивать кислородъ крови утрачивается, и смерть наступаетъ, несмотря на искусственное дыханіе.

Измѣненіе въ объемѣ веществъ при боли въ послѣднее время было освѣщено съ новой стороны Boyer'омъ и Guinard'омъ [2]. Наблюдатели эти подвергали животныхъ дѣйствію кипятка. Вслѣдъ за обвариваніемъ наблюдалось повышеніе кровяного давленія и ускореніе дыханія, но затѣмъ быстро наступало сильное паденіе бокового давленія, пониженіе температуры и замедленіе дыханія. Изслѣдованіе крови обожженныхъ животныхъ показало, что она бѣдна углекислотой,—что указываетъ на задержку въ обмѣнѣ веществъ.

7) Психическія измѣненія.

Подобно другимъ физіологическимъ функціямъ, психическія отправленія болѣе и менѣе бываютъ угнетены,—даже самое чувствованіе боли почти всегда бываетъ понижено, и по тонкому замѣчанію Пирогова на перевязочныхъ пунктахъ мы наблюдаемъ гораздо менѣе субъективныхъ страданій, чѣмъ того слѣдовало бы ожидать. Dupuytrene выразилъ ту-же самую мысль въ слѣдующемъ афоризмѣ: «*слишкомъ большая потеря чувствительности можетъ убивать такъ же, какъ большая потеря крови*» [3]. При жестокихъ боляхъ больные находятся въ состояніи оцѣпенѣлости (ступора). Во время существованія пытокъ, лица, подвергавшіяся многочисленнымъ истязаніямъ, обнаруживали чувствительность лишь къ первой изъ процедуръ, дальнѣйшее продолженіе пытки вызывало уже гораздо менѣе проявленій страданія вслѣдствіе наступившей безчувственности: среди пытокъ казнимые иногда засыпали [4]. Необыкновенно легко наступаетъ это явленіе засыпанія у дѣтей. Дѣти, которымъ Генсмеръ дѣлалъ операцію сшиванія заячьей губы, послѣ первыхъ проявленій страданія, засыпали утомленныя болью, даже въ то время, когда онъ накладывалъ шовъ [5].

---

[1]) Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakologie 33. Bd. (Vergleichende Versuchen über Abkühlung. und Firnissnng.

[2]) Mecanisme des accidents generaux consecutifs aux brulures etendues. (Semaine Méd. 1894, pag. 502).

[3]) Дж. Эрихсенъ I с. стр. 288.

[4]) Meynert. Психіатрія перев. съ нѣм. стр. 203.

[5]) Genzmer A. Untersuchungen über die Sinneswahrnehmungen des neugeborenen Menschen. Halle. 1882, стр. 11 и 12.

Если боль необыкновенно сильна, *она переходитъ въ шокъ*, который представляетъ собой только крайнее развитіе всѣхъ явленій, свойственныхъ боли.

Кромѣ физической боли существуетъ нравственная боль или печаль. Наблюденіе показываетъ, что она обнаруживается въ организмѣ такими же признаками, какъ и физическая боль, т. е. расширеніемъ зрачковъ, ослабленіемъ произвольной мускулатуры, измѣненіемъ дыханія, кровообращенія и проч. Гризингеръ былъ правъ, назвавши нравственную боль *невидимыми слезами, внутренними ранами* [1]). Изъ этого можно заключить, что нравственная боль можетъ быть пользуема тѣми-же фармацевтическими средствами, что и физическая. Опытъ подтверждаетъ это (наблюденія надъ душевно-больными).

Леченіе боли.

Въ виду того, что боль есть явленіе, зависящее отъ возбужденія большого числа нервныхъ клѣточекъ, леченіе боли достигается успокоеніемъ и наркозомъ клѣточекъ—отчасти мѣстно, но особенно въ спинномъ и головномъ мозгу.

1) Въ ряду болеутоляющихъ средствъ первое мѣсто занимаетъ морфій и сходные съ нимъ препараты—папаверинъ, кодеинъ, наркотинъ. Въ первой линіи морфій дѣйствуетъ, притупляя боль и кашель, тогда какъ другія кожныя чувства еще остаются неизмѣненными. Болеутоляющее дѣйствіе морфія наступаетъ въ чистомъ видѣ безъ другихъ побочныхъ явленій. При увеличеніи дозы является притупленіе всѣхъ видовъ чувствительности, располагающее ко сну. На сердце морфій непосредственно не дѣйствуетъ, что дѣлаетъ употребленіе его безопаснымъ. Для снотворнаго дѣйствія морфій неудобенъ, потому что онъ не угнетаетъ рефлекторныхъ аппаратовъ, (ср. выше стр. 151—153-я).

Дозы морфія: 0,005—0,02; подкожно: 0,002—0,02.

2) Бромистый калій и индійская конопля подобно морфію обладаетъ центральнымъ дѣйствіемъ и тоже успокаиваетъ боль, но гораздо слабѣе.

3) Третье мѣсто между болеутоляющими средствами принадлежитъ алкоголю. Алкоголь дѣйствуетъ наркотически на мозговую кору и разслабляетъ вазомоторную иннервацію, въ противоположность тому, что дѣлаетъ боль. Алкоголь притупляетъ чувство усталости, а равно ослабляетъ тоску и озабоченность.

4) Аконитинъ сначала возбуждаетъ, а затѣмъ парализуетъ окончанія всѣхъ чувствительныхъ, двигательныхъ и выдѣлительныхъ нервовъ.

---

[1]) Гризингеръ. Душ. болѣзни, стр. 196.

5) Жаропонижающія—антипиринъ, антифебринъ, фенацетинъ, малакинъ—также оказываютъ болеутоляющее дѣйствіе.

6) Кокаинъ примѣняется главнымъ образомъ для вызыванія мѣстной анестезіи и получилъ въ послѣднее время очень широкое и вполнѣ заслуженное примѣненіе. Онъ производитъ своеобразное парализующее дѣйствіе на окончанія чувствительныхъ нервовъ. Если растворъ кокаина привести въ соприкосновеніе съ слизистыми оболочкамн или другими частями, могущими всасывать водные растворы, то части эти становятся болѣе или менѣе *невоспріимчивыми* ко всѣмъ раздраженіямъ, способнымъ вызвать боль или рефлексъ. Точно также на этихъ мѣстахъ *притупляется* осязательная и тепловая чувствительность. При смазываніи кокаиномъ слизистой оболочки носа и полости рта *понижаются* обонятельныя и вкусовыя ощущенія. Параличъ нервныхъ оконечностей наступаетъ сразу, безъ предварительнаго возбужденія ихъ.

Благодаря указаннымъ сейчасъ свойствамъ, кокаинъ получилъ широкое примѣненіе въ медицинѣ, какъ *мѣстное анестетическое* средство. Боль и другія непріятныя ощущенія притупляются или уничтожаются кокаиномъ (если только источникъ ихъ неглубоко находится въ тканяхъ). Такимъ образомъ кокаинъ можетъ быть удобно примѣненъ для безболѣзненнаго производства хирургическихъ, глазныхъ и другихъ операцій. Всего лучше и успѣшнѣе кокаинъ дѣйствуетъ на тѣ части, которыя очень богаты поверхностно лежащими нервными окончаньями и благодаря этому не только очень чувствительны, но кромѣ того могутъ служить исходной точкой сильныхъ рефлекторныхъ движеній, столь же непріятныхъ при операціи, какъ и боль (глазъ, слизистая оболочка зѣва).

Кокаинъ употребляется въ формѣ раствора *солено-кислаго кокаина* различной концентраціи для смазыванья кисточкой, для внутритканныхъ впрыскиваній, также въ видѣ капель и компресовъ, смотря по мѣсту дѣйствія. Для зѣва, гортани, носа и мочеполовыхъ органовъ найлучшимъ признается растворъ 10%—20%, для глазныхъ капель—отъ 2—10% и часто гораздо болѣе слабая, если не нужна полная анестезія.

Дѣйствіе какаина наступаетъ очень скоро, черезъ нѣсколько минутъ и прекращается черезъ 10—15 минутъ.

Слизистыя оболочки во время кокаинной анестезіи становятся *блѣдными и безкровными*, что зависитъ отъ спазма сосудовъ.

На неповрежденную кожу кокаинъ не дѣйствуетъ, потому что роговой слой кожи мѣшаетъ всасыванію кокаина, какъ и всякаго другого воднаго раствора.

Въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній кокаинъ можетъ быть примѣненъ для анестезіи глубоко-лежащихъ частей, въ случаѣ вскрытія

гнойниковъ, вылущенія глазнаго яблока, а также при невральгіяхъ. Въ этихъ случаяхъ кокаинъ дѣйствуетъ, вѣроятно, на самые нервные стволы.

При употребленіи кокаина для мѣстной анестезіи необходимо обращать вниманіе, чтобы не происходило всасыванія въ кровь и общаго дѣйствія лѣкарства, которое далеко не безопасно. Предосторожность состоитъ въ томъ, что растворъ кокаина оставляется въ соприкосновеніи съ требуемой частью не болѣе нѣсколькихъ минутъ (5—10) и затѣмъ удаляется; въ теченіе этого срока онъ успѣетъ пропитать слизистую оболочку и лишить ее чувствительности, не успѣвъ попасть въ общее кровообращеніе благодаря спазму сосудовъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

О заболѣваніи нервной системы при подагрѣ.

(Изъ клиники проф. Сикорскаго).

Петра Петровскаго.

Многочисленныя и разнообразныя нервныя разстройства, объединяемыя въ патологіи подъ именемъ подагры или мочекислаго діатеза, несомнѣнно вызываются самоотравленіемъ организма продуктами, вырабатываемыми имъ самимъ, вслѣдствіе неизвѣстныхъ достаточно разстройствъ обмѣна веществъ.

Патогенезъ подагры не выясненъ. Многочисленныя представленныя гипотезы сводятся въ сущности къ двумъ: первая чисто гуморальная, основаніе которой положено Garrod'омъ, принимаетъ, что измѣненіе соковъ является первичнымъ; вторая, разработанная тщательно Dyce Duckworth'омъ, считаетъ подагру особымъ неврозомъ и сводитъ ее къ заболѣванію продолговатаго мозга подобно diabet'у. Что касается materia peccans, то со временъ Garrod считалось установленнымъ, что такимъ отравляющимъ продуктомъ является мочевая кислота, открытая впервые въ подагрическихъ узлахъ еще въ 1795 году Tenant'омъ и Pearson'омъ; полагали, что она накопляется въ крови въ избыткѣ, выкристализовывается отъ этого въ ткани и вызываетъ болѣзненныя явленія. Но этотъ взглядъ встрѣчалъ и раньше противниковъ, какъ Barclay, Laycock, Durand—Fardell, Willemin и др.; въ настоящее же время, особенно благодаря точному способу опредѣленія мочевой кислоты въ мочѣ Ludwig-Salkowsk'аго, можно считать установленнымъ, что, отношеніе мочевой кислоты въ обмѣнѣ веществъ подагриковъ не представляетъ характерныхъ особенностей (Noorden [1]).

Уже Lecorché, Bouchard показали, что количество мочевой кислоты въ мочѣ, вопреки мнѣнію Garrod'а, бываетъ одинаково и больше нормаль-

---

[1]) Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. ст. 439.

наго. Точные анализы Sprague, Pfeiffer'a, Vogel'я показали, что нѣтъ разницы въ количествѣ мочевой кислоты въ мочѣ здоровыхъ и подагриковъ. Анализы Olkers'a, Sprague опровергаютъ также результаты Pfeiffer'a относительно увеличенія въ мочѣ подагриковъ «свободной» мочевой кислоты, которое Pfeiffer считаетъ характернымъ для подагры. Кромѣ того v. Noorden показалъ, что то-же свойство мочевой кислоты, которое Pfeiffer считаетъ характернымъ для подагры, наблюдается при болѣзняхъ сердца, легкихъ и желудка. Roberts предлагаетъ новое объясненіе осажденія мочевой кислоты въ ткани, считая попрежнему это послѣднее причиной всѣхъ симптомовъ подагры. Онъ принимаетъ, что въ тѣлѣ мочевая кислота находится въ видѣ quadriurat'овъ, открытыхъ впервые Bence Jones [1]), и указываетъ, что мочевая кислота при соприкосновеніи съ кровью переходитъ въ quadriurate, который вслѣдъ затѣмъ переходитъ въ biurate. При нормальныхъ условіяхъ quadriurate, образующійся вслѣдствіе поступленія мочевой кислоты въ кровь, выдѣляется такъ быстро и полно, что не успѣваетъ переходить въ biurate, и накопленіе уратовъ не происходитъ; но при подагрѣ вслѣдствіе ли нарушенія дѣятельности почекъ, или вслѣдствіе чрезмѣрнаго поступленія мочевой кислоты въ кровь, или отъ какихъ либо другихъ причинъ quadriurate задерживается въ крови дольше, чѣмъ нужно, и накопляется тамъ. Циркулируя въ средѣ богатой углекислымъ натромъ, онъ принимаетъ еще одинъ атомъ основанія и обращается въ biurate (кислый мочекислый натръ), который осаждается вслѣдствіе своей весьма трудной растворяемости въ жидкостяхъ организма [2]). Но противъ этой теоріи Pfeiffer представилъ весьма вѣскія возраженія, которыя сводятся къ тому, что quadriurat'ы получены только изъ патологическихъ или искусственныхъ осадковъ (или же изъ мочи змѣй и птицъ), и что вовторыхъ quadriurat'ы образуются только въ кислыхъ средахъ, которыхъ въ нормальномъ организмѣ нѣтъ, если не считать мочи и пота [3]). Кромѣ того въ крови подагриковъ, какъ показали изслѣдованія Klemperer'a, содержится мочевой кислоты значительно меньше того, сколько можно ея въ ней растворить [4]). Присутствіе мочевой кислоты въ крови не характерно для подагры, такъ какъ она найдена въ крови послѣ брюшного тифа, лихорадки, при эмфиземѣ, плевритѣ, малокровіи, интерстиціальномъ нефритѣ, лейкеміи, pneumonia cruposa—Garrod, Solomon, Hoig, Jaksch, Klemperer; послѣдній при лейкеміи и въ одномъ случаѣ интерстиціальнаго нефрита нашелъ даже больше мочевой кислоты,

---

[1]) British Medical Journal 1892 г т. I ст. 1286.

[2]) Ibidem т. II ст. 10.

[3]) Berliner Klinische Wochenschrift 1894 г. ст. 935.

[4]) Deutsche Medicinische Wochenschrift 1895 г. ст. 656.

чѣмъ при подагрѣ [1]). Поэтому при подагрѣ мочевую кислоту слѣдуетъ считать только побочнымъ продуктомъ обмѣна веществъ (Bouchard, Rendu, Le Gendre [2]), болѣзнетворнымъ же агентомъ долженъ быть какой-то другой, еще не найденный ядъ (по Noorden'у ферментъ), который между другими разстройствами способенъ вызывать омертвѣніе тканей, а мочевая кислота отлагается уже въ омертвѣлыя ткани (теорія Noorden'a и Klemperer'a). Такъ какъ суставные хрящи бѣдны сосудами, то они легче омертвѣваютъ, и потому въ нихъ чаще находятъ отложенія уратовъ. Тѣмъ не менѣе нельзя отрицать тѣсную связь между подагрой и нахожденіемъ мочевой кислоты въ тканяхъ и сокахъ организма и надо признать, согласно съ Dyce Duckworth'омъ [3]), что это нахожденіе имѣетъ огромное значеніе для установленія діагноза подагры.

Несомнѣнно, однако, что разъ болѣзнетворный ядъ не есть мочевая кислота, онъ можетъ поражать различные органы безъ того, чтобы въ нихъ находили отложеніе уратовъ, и въ этомъ заключается объясненіе того, давно извѣстнаго, обстоятельства, что у подагриковъ существуютъ при жизни разстройства въ отправленіяхъ органовъ, въ которыхъ post mortem уратовъ не находятъ и даже болше того—не находятъ никакихъ патолого-анатомическихъ измѣненій—Goutte fonctionelle Charcot [4]).

Къ такимъ органамъ принадлежитъ нервная система. Клиническія разстройства ея проявляются часто и разнообразно и встрѣчаются почти у каждаго подагрика; таковы бредъ и безпокойство во время острыхъ припадковъ, раздражительность, ослабленіе памяти и вниманія, ипохондрія, головокруженія, эпилептоидные припадки, невралгіи, парестезіи,—особенно онѣмѣніе концовъ пальцевъ рукъ и ногъ, жженіе въ подошвахъ; парезы, иногда параплегіи, невриты и наконецъ атрофіи мышцъ, причина и способъ происхожденія которыхъ не извѣстны до сихъ поръ точно. Однако наиболѣе вѣроятнымъ представляется мнѣніе Gowers'a и Bury, что атрофіи эти вызываются рефлекторной задержкой функцій клѣтокъ переднихъ роговъ, въ которыхъ находили измѣненія, или периферическимъ невритомъ [5]). Между тѣмъ отложенія уратовъ въ нервной системѣ до сихъ поръ не встрѣчалось, а въ мозговыхъ оболочкахъ очень рѣдко (въ спинномозговыхъ только одинъ разъ). Въ центральной нерв-

---

[1]) l. c.

[2]) Traité de Médicine tomes I—VI. Paris 1891—1894, т. I ст. 468.

[3]) Traité de la goutte 1892 г. ст. 14.

[4]) Oeuvres Cumplétes 1889 г. т. VII ст. 33.

[5]) Neurologisches Centralblatt 1888 г. ст. 658.

ной системѣ находили только геморрагіи и фокусы размягченія, которые, очевидно, обусловливаются заболѣваніями сосудовъ, и въ фокусахъ размягченія нерѣдко находили кристалы мочекислыхъ солей. Очевидно, подагрическій ядъ, отравляя нервную систему, не вызываетъ однако въ ней омертвѣнія, необходимаго для отложенія уратовъ, быть можетъ потому, что нервная система очень хорошо снабжена кровью и хорошо питается; если же омертвѣніе въ нервной системѣ вызывается другими причинами, то мочекислыя соли отлагаются въ омертвѣлыя ткани. Въ периферическихъ нервахъ находили явленія неврита (Buzzard), но не находили мочекислыхъ солей. Надо прибавить однако, что патологическая анатомія нервной системы чрезвычайно мало разработана и является, по выраженію Dyce Duckworth'a, дѣломъ будущаго. Вообще подагра мало привлекала вниманіе невропатологовъ съ тѣхъ поръ, какъ невропатологія выдѣлилась въ особую спеціальность. Быть можетъ, это происходитъ отъ того, что типическіе случаи подагры не попадаютъ въ руки невропатологовъ, а атипическіе трудно діагносцируются и очень часто относятся къ алкогольнымъ заболѣваніямъ, такъ какъ алкоголизмъ почти всегда встрѣчается въ анамнезѣ больныхъ подагрой. Между тѣмъ опытные клиницисты всегда признавали тѣсную связь между подагрой и нервными болѣзнями. Не говоря о старыхъ авторахъ, Charcot настаиваетъ на тѣсномъ родствѣ между подагрой, ревматизмомъ, діабетомъ и нервными заболѣваніями, каковы: неврозы, пьянство, психозы, самоубійство [1]). Eichhorst присоединяется къ этому мнѣнію [2]). Dyce Duckworth указываетъ на большую аналогію въ происхожденіи и теченіи подагры и неврозовъ; онъ считаетъ подагру тоже однимъ изъ неврозовъ и создаетъ особую нервно-гуморальную теорію подагры [3]). Съ другой стороны нельзя не упомянуть объ изслѣдованіяхъ отношенія мочевой кислоты при неврозахъ Краинскаго [4]) и Haig'a [5]) при эпилепсіи, Laehr'омъ, Schinzenu [6]) при неврастеніи, несмотря на ненадежность ихъ методовъ изслѣдованія, эти авторы находили большое сходство въ отношеніяхъ мочевой кислоты при этихъ болѣзняхъ и при подагрѣ.

Явленія со стороны нервной системы при подагрѣ заслуживаютъ подробнаго наблюденія въ виду важности вопроса объ интоксикаціи и особенно аутоинтоксикаціи, какъ причинъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней, такъ какъ подагра представляетъ несомнѣнный примѣръ самоот-

---

[1]) Clinique des Maladies du système nerveux 1892 г. т. I ст. 276.

[2]) Virchow's Archiv т. CXXVII ст. 1.

[3]) l. c. ст. 18.

[4]) Изслѣд. обмѣна вещ. у эпилеп. Харьковъ, 1895 г.

[5]) Neurologisches Centralblatt 1888 ст. 127.

[6]) Ibidem. 1894 г. ст. 524.

равленія. Поэтому я считаю небезъинтереснымъ сообщить нѣскольк случаевъ подагрическаго заболѣванія нервной системы, которые мнѣ пришлось наблюдать. Эти случаи тѣмъ болѣе любопытны, что при нихъ не было вовсе злоупотребленія алкоголемъ., и потому не могло быть сомнѣнія относительно того, какой именно ядъ вызываетъ нервныя разстройства.

Первый случай мнѣ пришлось наблюдать въ 1894 году въ городѣ П. У крѣпкаго субъекта, 53 лѣтъ, со старой аневризмой arcus aortae, ночью внезапно явились жестокія боли въ правой пяткѣ, а къ утру на подошвѣ въ области пятки явился ограниченный багровый отекъ кожи, очень болѣзненный при давленіи. Днемъ боли значительно уменьшились, T^0 повышена до 39^0, запоры и потеря аппетита. На слѣдуюшую ночь боли возобновились и появились кромѣ того въ лѣвой пяткѣ, а къ утру опять ослабѣли; на лѣвой пяткѣ такой же отекъ, какъ и на правой. На третью ночь боли захватили сочленія Garangeaux. На третій день заболѣванія я видѣлъ больного въ первый разъ.

Nervi Ischiadici чувствительны къ давленію, особенно въ области голеностопныхъ суставовъ, которые однако свободны, и движенія въ нихъ боли не вызываютъ. Сила мышцъ значительно понижена, чувствительность не измѣнена, ощущеніе ползанья мурашекъ въ голени. Больной велъ всегда умѣренную жизнь, не злоупотреблялъ алкоголемъ, не имѣлъ lues; въ ранней молодости занимался живописью, но скоро сталъ служить управляющимъ. Послѣднія лѣтъ 15 велъ преимущественно сидячую жизнь, мало ходилъ, а больше ѣздилъ. Очень много курилъ. Дня за три до заболѣванія ходилъ по сырости. За мѣсяцъ нѣсколько дней провелъ въ болотистой мѣстности. Дня черезъ два явилась болѣзненность при давленіи N. Cruralium, а ночью явились жестокія боли, водянка колѣнныхъ суставовъ и краснота кожи вокругъ ихъ. Затѣмъ явились боли въ поясницѣ и чувствительность къ давленію брюшныхъ и поясничныхъ нервовъ, а потомъ, приблизительно черезъ недѣлю, межреберныхъ нервовъ. Позвонки были неболѣзненны. При дыханіи грудная клѣтка оставалась почти неподвижной, число дыханій доходило до 40 въ минуту. Новыя боли всегда появлялись ночью и сопровождались повышеніемъ T^0 не больше 39^0. Онѣ уступали хинину съ салициловымъ натромъ; но эти средства не могли предотвратить появленія новыхъ приступовъ, несмотря на то, что давались систематически въ количествѣ по 0,5 нѣсколько разъ въ день; болеутоляющее, жаропонижающее дѣйствіе ихъ продолжалось 3—4 часа. Недѣли три спустя послѣ начала заболѣванія боли въ ногахъ исчезли, осталась однако слабость ногъ. *Реакція на фарадическій* токъ оказалась пониженной. Первое сокращеніе мышцъ ногъ получалось при разстояніи катушекъ саннаго аппарата равномъ 4—5 сентиметрамъ при одномъ элементѣ Грене.

Въ это время также внезапно явились боли въ пальцахъ правой руки и багровый отекъ кисти. Всѣ нервные стволы руки оказались при давленіи болѣзненны. День или два спустя явился отекъ локтевого сустава, боли въ немъ и отекъ кожи вокругъ сустава, а еще черезъ два дня та-же картина явилась въ плечевомъ суставѣ. Затѣмъ также заболѣла лѣвая рука. Реакція на фарадическій токъ оказалась пониженной такъ же, какъ и на ногахъ, вызывалась при 4—5 сентиметрахъ разстоянія катушки. Изслѣдованіе гальваническимъ токомъ не было произведено за неимѣніемъ прибора съ постояннымъ токомъ. Недѣлю спустя явились боли въ шеѣ, одышка: діафрагма при дыханіи оставалась неподвижна; межреберныя невральгіи къ этому времени прошли, такъ что типъ дыханія сталъ обратный: изъ брюшного оно перешло въ грудное. Больному была поставлена мушка, и содержимое пузыря было изслѣдовано на мочевую кислоту посредствомъ *пробы съ ниткой*—результатъ получился *положительный*. Въ мочѣ ни бѣлка, ни сахару найдено не было. *Сухожильные рефлексы* въ началѣ заболѣванія повышались, затѣмъ наступало пониженіе, но исчезновенія рефлексовъ не было.

При каждомъ новомъ обостреніи наступала спутанность сознанія, больной не узнавалъ окружающихъ, не узнавалъ комнату, въ которой находится, по временамъ бредилъ, но въ то-же время давалъ вполнѣ удовлетворительные отвѣты на разные вопросы.

Мѣсяца черезъ два отъ начала заболѣванія всѣ боли и измѣненія суставовъ совершенно исчезли, но остался парезъ ногъ и рукъ, такъ что больной не могъ ходить и не могъ хорошо владѣть руками. Послѣ леченія фарадическимъ токомъ въ теченіи двухъ мѣсяцевъ и эти явленія прошли.

Заболѣваніе суставовъ носитъ всѣ черты типической острой подагры кромѣ того только, что заболѣваніе началось не съ большого пальца, а съ пятки, но начало съ большого пальца не обязательно для типичной подагры: Scudamore встрѣтилъ такую локализацію 341 разъ на 516 случаевъ, а Lecorché 82 раза на 150 случаевъ. Нахожденіе мочевой кислоты въ эксудатѣ послѣ мушки ставитъ діагнозъ подагры внѣ сомнѣнія. Причиной заболѣванія, повидимому, послужила сидячая жизнь больного въ послѣдніе годы. Она тѣмъ вреднѣе должна была отозваться на состояніи больного, что раньше онъ привыкъ къ постоянному движенію. Не безъ вліянія было, вѣроятно, и злоупотребленіе никотиномъ.

Со стороны *нервной системы* были слѣдующіе симптомы: боли въ рукахъ и ногахъ, которыя не ограничивались суставами и не могутъ быть сведены на одинъ артритъ, межреберныя невральгіи, боли въ шеѣ, болѣзненность нервныхъ стволовъ и невральгическихъ точекъ, парезъ мышцъ ногъ, груди, рукъ, діафрагмы, пониженія электро-возбудимости

и измѣненіе рефлексовъ. Какой болѣзни соотвѣтствуетъ эта картина? Это не можетъ быть *передній поліоміэлитъ*, такъ какъ при немъ боли, если изрѣдка и встрѣчаются, то не достигаютъ такой рѣзкой степени, а параличи и пониженія рефлексовъ наоборотъ бываютъ рѣзче выражены. *Острый міэлитъ* не сопровождается измѣненіемъ электровозбудимости; парезы при міэлитѣ проходятъ очень медленно и не вполнѣ, тогда какъ здѣсь функціи мышцъ возстановлялись чрезвычайно быстро. Кромѣ того если міэлитъ захватываетъ какой-нибудь сегментъ спинного мозга, то параличемъ поражаются всѣ мышцы, которыя получаютъ иннервацію изъ нижележащихъ сегментовъ, а въ этомъ случаѣ наблюдалось, что мышцы, нижерасположенныя, какъ напр. межреберныя, функціонировали въ то время, когда діафрагма была парализована, между тѣмъ N. Phrenicus выходитъ выше. При воспаленіи *спинномозговыхъ оболочекъ* (lepto-и pachymeningitis) бываетъ чувство пояса, болѣзненность позвонковъ и не бываетъ болѣзненности нервныхъ стволовъ. По началу и теченію заболѣваніе нервной системы соотвѣтствуетъ *восходящему параличу Landry*, только пониженіе электровозбудимости не соотвѣтствуетъ типичной картинѣ восходящаго паралича. Этотъ симптомъ въ связи съ остальной клинической картиной наиболѣе подходитъ къ *множественному воспаленію периферическихъ нервовъ (polyneuritis multiplex)*. Но между параличемъ Ландри и множественнымъ невритомъ нельзя провести рѣзкой границы ни клинической, ни даже патолого-анатомической, такъ какъ Dejerine [1]), Pitres и Vaillard [2]), Eisenlohr находили при параличѣ Landry острыя воспалительныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ. Gowers [3]) и Leiden [4]) считаютъ поэтому обѣ эти болѣзни близкими видами отравленія нервной системы. Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ не можетъ быть однако объяснено одними только измѣненіями периферическихъ нервовъ. Правда, въ началѣ воспаленія проводимость нервовъ повышается и можетъ обусловить повышеніе рефлексовъ, причемъ въ этомъ же періодѣ повышается и электровозбудимость нервовъ. Но въ данномъ случаѣ рефлексы были повышены и тогда, когда электровозбудимость, а слѣдовательно и физіологическая проводимость нервовъ была понижена; слѣдовательно, повышеніе рефлексовъ зависѣло отъ другой причины,—надо полагать отъ возбужденія рефлекторнаго центра спинного мозга. Наступившее черезъ нѣкоторое время пониженіе рефлексовъ зависѣло, очевидно, отъ того, что съ ухудшеніемъ неврита, проводимость по нервамъ понижалась еще больше.

---

1) Progres Médical. 1888 г. T. II, стр. 152.
2) Dejerine-Klumpke. Des polynevrites et cet. 1889 г. стр. 235.
3) Gowers. Руководство. Стр. 396.
4) Zeitschrift für klinische Medicin. T. XXIV. стр. 1.

Со стороны головного мозга тоже наблюдались разстройства, напоминающія психическое заболѣваніе при полиневритахъ. Такимъ образомъ, судя по клинической картинѣ, заболѣваніе не ограничилось одними периферическими нервами, а охватило всю нервную систему. Такъ какъ сравнительно скоро наступило restitutio ad integrum, то, очевидно, заболѣваніе не сопровождалось глубокими анатомическими измѣненіями и въ значительной степени было функціональнымъ. Что же касается причины заболѣванія нервной системы, то кромѣ подагры въ данномъ случаѣ ничего другого принять нельзя. Анамнезъ исключаетъ *сифилисъ и отравленія*, вызывающія множественный невритъ, какъ алкоголь. *Старческій невритъ* протекаетъ хронически и начинается не такъ бурно. Изъ *инфекціонныхъ заболѣваній* можно подумать только о маляріи, и я въ началѣ дѣйствительно предположилъ малярійный невритъ, хотя селезенка не была увеличена, въ виду того, что за мѣсяцъ больному пришлось быть въ болотистой мѣстности. Вслѣдствіе этого предположенія я назначилъ съ самаго начала хининъ по 1,0, который однако только понизилъ T°, но не прекратилъ развитія болѣзни, несмотря на то, что хининъ давался систематически все время и тогда, когда T° не была повышена. И всетаки T° вновь повышалась, и заболѣваніе распространялось. Такимъ образомъ chinin дѣйствовалъ только, какъ симптоматическое жаропонижающее, а не какъ радикальное средство, т. е. такъ, какъ онъ дѣйствуетъ при подагрѣ, при которой chinin считается лучшимъ жаропонижающимъ.

Второй случай я наблюдалъ въ нашей клиникѣ. Р.—С. помѣщикъ 51 года, не злоупотреблялъ спиртными напитками, не болѣлъ сифилисомъ; питался преимущественно мясной пищей; раньше велъ очень подвижную жизнь, много ѣздилъ верхомъ, въ послѣдніе же годы, вслѣдствіе служебныхъ занятій, велъ жизнь преимущественно сидячую. Три года тому назадъ былъ выброшенъ изъ экипажа взбѣсившимися лошадьми и получилъ растяженіе праваго голеностопнаго сустава. Послѣдній годъ имѣлъ большія непріятности.

Весной 1895 года безъ всякой видимой причины явились боли въ лѣвомъ боку и въ лѣвой ногѣ, а затѣмъ и въ правой, причемъ въ правомъ голеностопномъ суставѣ развилась водянка. Пользовавшіе врачи лѣчили больного салициловымъ натромъ (доза не извѣстна), а когда это лѣченіе осталось безуспѣшнымъ, предписали грязевыя соленныя ванны. Но послѣ первой же грязевой ванны на Одесскомъ лиманѣ явилось острое воспаленіе колѣнныхъ и голеностопныхъ суставовъ и острый отекъ ногъ съ краснотой кожи. Бедренные сосудистые пучки были утолщены. Въ то-же время развился какой то процессъ въ правомъ легкомъ съ притупленіемъ и кровавой мокротой, но безъ рѣзкаго повышенія T°, по мнѣнію видѣвшихъ тогда больного товарищей, всего

вѣроятнѣе Trombosis легкихъ. Эти явленія прошли при леченіи щелочными водами и высокимъ положеніемъ ногъ. Оправившись, больной искупался въ морѣ при довольно высокой T° воды (была жаркая погода), и послѣ этого явился новый приступъ болей и общая слабость. Больной пріѣхалъ въ такомъ состояніи въ Кіевъ и обратился въ терапевтическую факультетскую клинику, гдѣ пробылъ около двухъ мѣсяцевъ. Въ продолженіе этого времени у него замѣчалось неоднократно повышеніе T°, причемъ кривая была не типична. По временамъ замѣчалось учащеніе пульса безъ видимыхъ основаній. Боли продолжались. При качественномъ анализѣ моча оказывалась всегда нормальной.

23 ноября 1895 года поступилъ въ нашу клинику.

При изслѣдованіи оказалось: средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, цвѣтъ кожи грязновато-желтый, слизистыя оболочки блѣдны; языкъ слегка обложенъ. Кожныя вены на ногахъ извилисты, мѣстами образуютъ плотные тяжи, расположенные симметрично на обѣихъ ногахъ. Эти тяжи вѣтвятся и не вездѣ одинаковой плотности, нѣкоторые совершенно не сдавливаются, такъ что просвѣтъ въ этихъ мѣстахъ, очевидно, совершенно исчезъ (*тромбозъ венъ*). Бедренные сосудистые пучки (arter. и vena femoralis) значительно утолщены особенно на лѣвой ногѣ. Лѣвая нога вообще толще правой. На стопѣ рѣзкій отекъ синебагроваго цвѣта, который постепенно уменьшаясь, переходитъ на голень и на бедрѣ исчезаетъ. Кожа на голени нормальнаго цвѣта, но гладка и блестяща (glossy skin) и въ складку не берется. На бедрѣ складка кожи толще, чѣмъ на туловищѣ. Правая стопа и нижняя треть голени тоже отечны. Кожа на стопѣ аспиднаго цвѣта, а на голени такая же, какъ и на лѣвой ногѣ. Въ сочлененіяхъ Garangeaux и въ колѣнныхъ суставахъ при пассивныхъ движеніяхъ слышенъ хрустъ, особенно рѣзкій въ лѣвомъ колѣнѣ. Patella лѣваго колѣна слегка плаваетъ, но при осмотрѣ не замѣчается припухлости колѣна. *Животъ* вздутъ; печеночная тупость отодвинута кверху; полулунное пространство Traube до 4-го ребра. Сердечная тупость не увеличена; тоны сердца чисты, но глухи, дѣятельность энергична—толчекъ разлитой. Пульсъ 120 въ минуту. *Давленіе на N. Crurales* и на межреберные нервы справа 5—7 и слѣва 8—9 болѣзненно. Болевая *чувствительность* на ногахъ понижена больше на внутренней и передней поверхности бедеръ, чѣмъ на голеняхъ и стопахъ, и на правой ногѣ нѣсколько рѣзче, чѣмъ на лѣвой. Тактильная—понижена только на стопахъ. Температура нормальна. *Мышечное чувство* понижено на рукахъ и ногахъ. *Сила мышцъ* тоже понижена. Ходить не можетъ вовсе. *Рефлексы:* съ ахилловой жилы справа повышенъ, слѣва не вызывается, пателлярный справа повышенъ, слѣва нѣсколько пониженъ; съ лучевой кости и m. triceps

повышенъ на обѣихъ сторонахъ, особенно съ m. triceps. Кожные рефлексы: со стопы и m. cremaster не вызываются; брюшной слѣва пониженъ. Зрачки одинаковой ширины, реакція ихъ на свѣтъ и аккомодацію нормальна. *Электровозбудимость* мышцъ ногъ понижена. Фарадическій токъ вызываетъ первое сокращеніе при разстояніи катушекъ 4—5 сантиметровъ. Гальваническій токъ даетъ КЗС при 6—8 милліамперахъ. Электро-возбудимость нервовъ и мышцъ рукъ нормальна. Отправленія мочевого пузыря не разстроены, упорные запоры. *Жалуется* на сильныя, острыя боли въ ногахъ, усиливающіяся при всякомъ движеніи. Иногда боли распространяются по всему тѣлу; постоянно чувствуетъ стягиванье въ груди и поясъ въ epigastrium. Аппетита нѣтъ. Спитъ очень плохо. Вниманіе больного чрезвычайно ослаблено: при изслѣдованіи чувствительности давалъ весьма сбивчивые отвѣты, чѣмъ чрезвычайно затруднялъ изслѣдованіе.

Часто наступаетъ *спутанность сознанія*: больной плохо узнаетъ окружающихъ, проситъ убрать изъ его ногъ машинки, которыя находятся внутри ихъ, а иногда онъ говоритъ, что эти машинки находятся во второмъ этажѣ и оттуда производятъ его боли. Все это больной высказываетъ съ удивительнымъ спокойствіемъ и равнодушіемъ; идеи бреда были въ полномъ противорѣчіи съ разсудительностью, которую больной обнаруживалъ въ другихъ отношеніяхъ, въ словахъ и поступкахъ, и не оказывали вліянія на поведеніе и вообще психическую жизнь больного. Однимъ словомъ бредовыя идеи и душевная жизнь больного во время, свободное отъ нихъ, протекали совершенно раздѣльно, не были вовсе связаны между собою. Ночью всегда наступали спутанность сознанія и бредъ, утромъ это проходило, и больной совершенно не помнилъ, какъ онъ провелъ ночь. Въ мочѣ при качественномъ анализѣ ненормальныхъ составныхъ частей не найдено. Назначена строгая діэта,— бульонъ, молоко и небольшое количество бѣлаго хлѣба; гальванизація ногъ, T-ra Strophanti по 5 капель три раза въ день.

1 декабря. Пателлярные рефлексы повышены на обѣихъ ногахъ, всѣ остальные сухожильные рефлексы тоже. Отеки ногъ уменьшаются, краснота кожи исчезла. Упорное вздутіе живота. Одышка и жалобы на недостатокъ воздуха. Учащеніе пульса отъ 140—180. Несмотря на строгую діэту вздутіе живота не проходитъ. Отмѣнено молоко, разрѣшенъ только бульонъ.

5 декабря. Болевая чувствительность значительно понижена на обѣихъ стопахъ и голеняхъ, на лѣвой ногѣ почти потеряна, на бедрахъ по прежнему. Пателлярные рефлексы потеряны, съ луча тоже. Вновь появились отеки, пульсъ 90. Назначено: coffeini citrici по 0,1 черезъ два часа. Массажъ и фарадизація брюшныхъ мышцъ.

6 декабря. Усилилось ощущеніе стягиванія и пояса вокругъ груди. Животъ вздутъ. Дыханіе слабое, по временамъ прерывается болѣе сильными вздохами. Жалобы на недостатокъ воздуха; типъ дыханія грудной. Діафрагма не подвижна. Пульсъ 90. Массажъ и фарадизація живота облегчаютъ больного. Непосредственно послѣ массажа вздутіе уменьшается, но очень скоро возвращается до прежнихъ размѣровъ. Отеки распространились до живота.

7 декабря. Дыханіе слабое—26 въ минуту, съ болѣе сильными по временамъ вздохами, въ теченіе дня нѣсколько приступовъ одышки, вздутіе живота продолжается, несмотря на строжайшую діэту. Отеки увеличиваются. Всѣ сухожильные рефлексы вновь повышены. Пульсъ 120, дыханіе 36, T^0 нормальна.

8 декабря. Не спалъ всю ночь, не можетъ отхаркивать мокроту, дыханіе 44. Въ легкихъ сухіе и влажные хрипы. Вдоль позвоночника въ правомъ легкомъ притупленіе и бронхіальный выдохъ. У края тупости мелко-пузырчатые хрипы. Пульсъ 120. Постоянное ощущеніе недостатка воздуха, ціанозъ лица.

Въ 6 часовъ вечера умеръ при явленіяхъ паралича сердца. Вскрытіе не было произведено, вслѣдствіе несогласія родныхъ. Изслѣдованіе мочевой кислоты въ содержимомъ мушки не было произведено, такъ какъ больной все время находился въ очень тяжеломъ состояніи.

Несмотря на это и на то, что мы не наблюдали типичныхъ припадковъ подагры, чѣмъ значительно затрудняется дифференціальный діагнозъ, особенно отъ остраго и хроническаго ревматизма, я нахожу возможнымъ на основаніи только имѣющихся данныхъ поставить распознаваніе подагры. Острый и подъострый ревматизмъ не трудно исключить, несмотря на острое начало и пораженіе большихъ суставовъ, на томъ основаніи, что леченіе салициловымъ натромъ, примѣненное съ самаго начала, оказалось безуспѣшнымъ, какъ и леченіе теплыми солеными ваннами; кромѣ того, если при остромъ ревматизмѣ вовлекается въ заболѣваніе сердце, то, какъ правило, заболѣваетъ эндокардій, и впослѣдствіи развиваются пороки клапановъ. Сердце въ нашемъ случаѣ, судя по рѣзкимъ колебаніямъ пульса, несомнѣнно было поражено, а порока клапановъ не было. Какое заболѣваніе сердца мы имѣли, трудно рѣшить, такъ какъ не было вскрытія. Это могъ быть міокардитъ, или жировое перерожденіе, или заболѣваніе сердечныхъ узловъ, или заболѣваніе N. Vagi. Послѣднее болѣе вѣроятно, чѣмъ міокардитъ или жировое перерожденіе, такъ какъ толчекъ сердца былъ довольно энергиченъ, и такъ какъ частота пульса часто мѣнялась. Какъ бы тамъ ни было, но всѣ эти заболѣванія сердца болѣе свойственны подагрѣ, чѣмъ ревматизму. Тахикардія считается однимъ изъ обычныхъ симптомовъ подагры. Хроническій ревматизмъ есть болѣзнь весьма близкая къ подагрѣ и по этіо-

логіи и по симптоматологіи: по этіологіи, по словамъ Pidaux, хроническій ревматизмъ и подагра представляютъ двѣ вѣтви одного ствола, и Charcôt вполнѣ раздѣляетъ это мнѣніе [1]), которое принимается вообще всѣми англійскими и французскими клиницистами. Симптомы со стороны нервной системы при этихъ двухъ болѣзняхъ очень похожи, такъ что всякому нервному симптому при ревматизмѣ соотвѣтствуетъ такой же при подагрѣ. Весьма вѣроятно поэтому, что между этими болѣзнями нѣтъ такой большой разницы; тѣмъ не менѣе эти болѣзни принято строго различать. Нашъ случай по своимъ особенностямъ долженъ быть отнесенъ къ подагрѣ. Во-первыхъ, у нашего больного при довольно продолжительномъ страданіи суставовъ не образовалось ни утолщенія, ни деформаціи этихъ послѣднихъ, что непремѣнно бываетъ при хроническомъ ревматизмѣ. Во-вторыхъ, хроническій ревматизмъ локализируется преимущественно въ рукахъ, а не въ ногахъ. Въ-3-хъ, соленыя ванны вызывали рѣзкое ухудшеніе заболѣванія, тогда какъ при хроническомъ ревматизмѣ онѣ дѣйствуютъ благотворно и никакъ не могутъ вызвать ухудшенія; при подагрѣ же всякое энергичное воздѣйствіе, особенно рѣзкая температура, способна вызвать обостреніе болѣзни. Въ-4-хъ, на ногахъ у нашего больного былъ явственный флебитъ съ тромбозомъ, это заболѣваніе часто встрѣчается при подагрѣ, чаще даже чѣмъ другія заболѣванія сосудовъ и обыкновенно не встрѣчается при хроническомъ ревматизмѣ. Воспаленіе венъ было совершенно симметрично, а это есть характерный признакъ подагрическаго флебита, какъ указалъ еще Iames Paget [2]). Подагрическому флебиту особенно свойственно давать метастазы, что наблюдалось и у нашего больного (тромбозъ легкихъ), но самое характерное для подагрическаго флебита это способность давать рецидивы, которые сопровождаются болями, а если поражены глубокія вены, то и отеками съ краснотой кожи. Эти рецидивы по мнѣнію Dyce Duckworth'a представляютъ ничто иное, какъ подагрическіе приступы.

Совершенно такіе рецидивы наблюдались у нашего больного, а именно два раза въ Одессѣ и одинъ разъ въ клиникѣ. Мы не могли, правда, наблюдать появленія новыхъ тромбовъ, но если подагрическій флебитъ поражаетъ глубокіе венозные стволы, то онъ выражается только болями и острыми отеками, какъ было у нашего больного въ клиникѣ. Нельзя, конечно, объяснять появленія отековъ однимъ тромбозомъ венъ, потому что, какъ извѣстно, даже полная перевязка venae iliacae не вызываетъ отека у здоровыхъ субъектовъ. Не безъ вліянія на происхожденіе отека должно было быть воспаленіе нервныхъ стволовъ,

---

[1]) Oeuvres Complètes т. VII, ст. 39.

[2]) Schmidt's Iahrbücher т. 134. ст. 175.

которое должно было распространиться на нихъ съ венъ per continuitatem.

На основанiи всего вышеизложеннаго, я полагаю, что этотъ случай слѣдуетъ считать подагрой съ нетипической локализацiей.

Причиной заболѣванiя послужила перемѣна образа жизни на болѣе сидячiй при обильномъ по прежнему столѣ, усиленныя служебныя занятiя въ послѣднiе годы и перенесенныя не задолго до заболѣванiя непрiятности. Относительно наслѣдственности указанiй не удалось получить.

Заболѣванiе нервной системы проявлялось слѣдующими симптомами.

Жестокiя боли въ ногахъ и между ребрами, болѣзненность нервовъ при давленiи, ощущенiе пояса, пониженiе кожной чувствительности ногъ преимущественно ихъ дистальныхъ частей, болѣе удаленныхъ отъ центра тѣла, пониженiе мышечнаго чувства, пониженiе электровозбудимости нервовъ и мышцъ ноги, измѣненiя рефлексовъ, слабость брюшного пресса, которой обусловливалось постоянное вздутiе живота; параличъ дiафрагмы, проявлявшiйся высокимъ стоянiемъ ея и неподвижностью при дыханiи; одышка. Что касается того, какимъ заболѣванiемъ обусловливались эти симптомы, то переднiй *полiомiэлитъ* исключается существованiемъ жестокихъ болей. Противъ *менингита* и *пахименингита* говоритъ отсутствiе болѣзненности позвонковъ при давленiи, хотя здѣсь существуетъ такой признакъ, какъ чувство пояса въ области epigastrii и вокругъ груди. Этотъ признакъ вмѣстѣ со слабостью брюшного пресса и всей нижележащей мускулатуры, съ пониженiемъ чувствительности въ тѣхъ-же мѣстахъ, съ повышенiемъ рефлексовъ и съ дальнѣйшими разстройствами дыханiя, которое сильно напоминало чейнъ-стоковское, даетъ картину очень похожую *на острый поперечный мiэлитъ,* съ локализацiей въ средней и верхней грудной части спинного мозга; но противъ такого дiагноза говоритъ измѣненiе электровозбудимости и болѣзненность нервовъ при давленiи. Измѣненiя рефлексовъ были чрезвычайно разнообразны и измѣнчивы. При поступленiи мы имѣли пониженiе рефлексовъ съ ахилловой жилы, пателлярнаго на лѣвой ногѣ и кожныхъ рефлексовъ на обѣихъ ногахъ, при повышенiи всѣхъ остальныхъ рефлексовъ. Если принять во вниманiе, что лѣвая нога заболѣла раньше, и явленiя на ней при поступленiи въ клинику вообще были рѣзче выражены, то очевидно, что пониженiе рефлексовъ было мѣстнаго происхожденiя. Въ то-же время существовали влiянiя, вызывающiя общее повышенiе рефлексовъ, которые въ теченiе болѣзни взяли перевѣсъ и вызвали общее повышенiе всѣхъ рефлексовъ. Но это не могъ быть поперечный мiэлитъ, такъ какъ были повышены рефлексы на рукахъ, дуга которыхъ находится выше мѣста возможной локализацiи мiэлита. Пониженiе рефлексовъ, а также болѣзнен-

ность нервовъ при давленіи, пониженіе электровозбудимости, равно какъ пониженіе чувствительности преимущественно на дистальныхъ концахъ конечностей, парезы и пониженіе мышечнаго чувства,—все это свойственно периферическому множественному невриту и обыкновенно не встрѣчается при міэлитѣ, такъ что картина болѣзни и въ этомъ случаѣ всего больше подходитъ къ *множественному невриту*.

Однако въ нашемъ случаѣ есть симптомы, которые множественнымъ невритомъ нельзя объяснить. Такъ, повышеніе рефлексовъ, какъ и въ первомъ случаѣ, нельзя отнести къ повышенію проводимости нервныхъ стволовъ въ начальной стадіи воспаленія, такъ какъ проводимость ихъ, судя по пониженію электровозбудимости и чувствительности, была понижена какъ въ центробѣжныхъ, такъ и въ центростремительныхъ стволахъ. Кромѣ того были повышены сухожильные рефлексы на рукахъ, гдѣ другихъ указаній на невритъ не было, и слѣдовательно повышеніе рефлексовъ должно было зависѣть отъ другой причины; невритъ напротивъ оказывалъ понижающее вліяніе на сухожильные рефлексы лѣвой ноги и кожные. Слѣдовательно, повышеніе рефлексовъ было центральное. Надо полагать, что оно зависѣло отъ повышенія возбудимости рефлекторнаго центра. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни наблюдалась совершенная утрата рефлексовъ при отсутствіи перемѣнъ въ проводимости нервовъ, такъ что, очевидно, потеря рефлексовъ была центральнаго происхожденія; затѣмъ рефлексы вновь возвратились. Такимъ образомъ центральная рефлекторная возбудимость рѣзко колебалась въ ту и другую сторону въ теченіе короткаго промежутка времени; такъ что не можетъ быть рѣчи объ анатомическихъ измѣненіяхъ въ центрахъ (въ данномъ случаѣ въ спинномъ мозгу), которыя послужили бы причиной ея разстройства. Повышеніе возбудимости и пониженіе зависѣло, вѣроятно, отъ функціональныхъ измѣненій, отъ отравленія клѣтки ядомъ, циркулировавшимъ въ крови: меньшее количество его возбуждало ихъ дѣятельность, а большее угнетало; какъ извѣстно, нервная система относится такъ къ большинству своихъ ядовъ.

Со стороны головного мозга наблюдались измѣненія сознанія и бредъ. Отличительнымъ свойствомъ бреда было то, что онъ стоялъ самостоятельно и не оказывалъ вліянія на остальныя психическія отправленія больного. Память относительно періодовъ бреда была ослаблена. Эти свойства, какъ указано Корсаковымъ, характерны для алкогольнаго и другихъ полиневретическихъ психозовъ.

Такимъ образомъ и во второмъ случаѣ мы имѣемъ, судя по клинической картинѣ, преимущественно пораженіе периферическихъ нервовъ съ участіемъ центральной нервной системы. Такъ какъ наиболѣе рѣзко выраженный невритъ существовалъ въ нижнихъ конечностяхъ, гдѣ былъ и phlebitis, то является вопросъ, не обусловливался ли невритъ phle-

bit'омъ, и слѣдовательно не былъ ли онъ мѣстнымъ. Но то обстоятельство, что такой же невритъ наблюдался и въ межреберныхъ нервахъ, въ N. phrenicus и вѣроятно въ N. vagus, говоритъ противъ такого происхожденія неврита. Надо думать, что невритъ въ этомъ случаѣ былъ типичный множественный, обусловливаемый отравленіемъ организма.

Мѣстные периферическіе невриты набюдались англійскими авторами неоднократно, множественный же невритъ, насколько мнѣ извѣстно, не описанъ точно ни разу. Только Buzzard описалъ случай поліоміэлита при подагрѣ, въ которомъ на вскрытіи найденъ множественный невритъ.— За неимѣніемъ подлиннаго описанія, я не могъ къ сожалѣнію познакомиться ближе съ этимъ случаемъ, чтобы рѣшить, не былъ ли этотъ невритъ алкогольнаго происхожденія. Множественнымъ же невритомъ, подобно нашему 2-му случаю, вѣроятно, обусловливаются параплегіи, которыя по словамъ Dyce Duckworth'а изрѣдка встрѣчаются при подагрѣ у людей во второй половинѣ жизни.

Въ виду такой бѣдности литературы, я считаю вполнѣ умѣстнымъ привести здѣсь краткое описаніе случая, который былъ наблюдаемъ проф. Сикорскимъ и любезно сообщенъ имъ мнѣ.

Крѣпкій субъектъ 38 лѣтъ, занимающійся усиленнымъ умственнымъ трудомъ и ведущій неправильный образъ жизни, нѣсколько лѣтъ страдалъ типичными подагрическими припадками, преимущественно въ суставахъ пальцевъ ногъ, которые продолжались около десяти дней и затѣмъ обыкновенно благополучно разрѣшались. Отецъ его страдалъ подагрой. Зимой этого года у больного наступилъ обычный припадокъ, который однако не разрѣшился въ обычный срокъ, а осложнился небывалыми раньше явленіями, а именно появились жестокія боли въ конечностяхъ и особенно въ спинѣ, совершенно иммобилизировавшія больного; онѣ не были локализированы въ смыслѣ прежнихъ подагрическихъ болей, но казались разлитыми. При ощупываніи нервные стволы были очень болѣзненны; болѣзненности позвонковъ не было. Вслѣдъ за этимъ явились параличи всѣхъ четырехъ конечностей, рѣзкое пониженіе всѣхъ видовъ чувствительности, даже полная анальгезія, пониженіе электровозбудимости и потеря рефлексовъ. Все это сопровождалось бредомъ, по характеру совершенно схожимъ съ тѣмъ душевнымъ разстройствомъ, которое наблюдалось въ только что описанныхъ мною случаяхъ. Со стороны сердца наблюдалась тахикардія, перебои и по временамъ шумы анорганическаго происхожденія. Черезъ пять или семь дней послѣдовало улучшеніе: чувствительность до нѣкоторой степени возвратилась, и параличи уменьшились. Въ продлженіе еще нѣсколькихъ дней чувствительность вернулась къ нормѣ, сознаніе прояснилось, остались только легкіе парезы конечностей. Съ прекращеніемъ этихъ явленій въ теченіе четырехъ недѣль появлялись то въ верхней, то въ нижней конечности

съ той и съ другой стороны подагрическіе приступы обычнаго характера.

3-й случай я наблюдалъ въ амбулаторіи нервной клиники.

К. 35 лѣтъ, по профессіи домашняя учительница, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, плохого питанія; въ первый разъ явилась на пріемъ 27 ноября 1895 г.

Заболѣла въ августѣ 1895 г. При повышеніи T° и обостреніи насморка, явились жестокія боли въ шеѣ, усиливавшіяся при малѣйшемъ движеніи; шея въ затылочной части была красна, опухша и тверда наощупь. Черезъ нѣсколько дней температура вернулась къ нормѣ, но опухоль шеи и боли остались; скоро онѣ распространились на правую руку, явилась слабость и ощущеніе ползанія мурашекъ въ рукѣ; въ лѣвой рукѣ тоже были боли, но меньше. Эти явленія остались и до сихъ поръ, несмотря на настойчивое леченіе втираніями и салициловымъ натромъ. Больная съ дѣтства страдаетъ хроническимъ насморкомъ. Годъ тому назадъ и пять лѣтъ тому назадъ были приступы такихъ-же болей безъ повышенія температуры; суставы не заболѣвали никогда. Нерѣдко приходилось жить въ сырой комнатѣ. Часто бываютъ кровотеченія изъ носа; страдаетъ головокруженіями, а раньше въ теченіи двухъ лѣтъ страдала упорными мигренями. Жизнь больной нерѣдко была сопряжена съ лишеніями. Мать страдаетъ болями въ суставахъ рукъ и ногъ, въ шеѣ (по мнѣнію врачей хроническимъ ревматизмомъ). По временамъ на шеѣ и рукахъ являются мокнущіе, зудящіе лишаи и даже язвы. Отецъ былъ боленъ катарромъ желудка, братъ страдаетъ диспепсіей.

При изслѣдованіи, шея въ области затылка оказалась припухшей, плотной, багроваго цвѣта, болѣзненной. Наиболѣе рѣзкая, острая боль является при давленіи на мѣстѣ вхожденія нервовъ въ m.m. Sternocleydomastoidei и Cucullares, причемъ правые болѣе чувствительны, чѣмъ лѣвые. Малѣйшее движеніе шеей вызываетъ боли. Шейные и 1—2 грудные позвонки болѣзненны *при давленіи*. Plexus brachialis и нервные стволы обѣихъ рукъ при давленіи болѣзненны. Въ суставахъ кисти хрустъ, но подвижность не измѣнена, обезображиванья суставовъ нѣтъ. Болевая *чувствительность* понижена на правой рукѣ и нѣсколько на лѣвой; пониженіе увеличивается въ дистальномъ направленіи. Чувство прикосновенія на правой рукѣ слегка повышено (прикосновеніе къ правой рукѣ, вызываетъ непріятное ощущеніе). *Сила* мышцъ правой руки значительно понижена. Сухожильные *рефлексы* вообще повышены, но съ луча и m. Triceps правой руки меньше, чѣмъ остальные. *Электровозбудимость* мышцъ и нервовъ правой руки къ фарадическому току понижена, но незначительно (6 сентиметровъ разстоянія катушекъ). Гальваническій токъ вызываетъ сокращеніе при 3—4 милліамперахъ. *Субъективныя ощущенія* тѣ-же, что и въ началѣ болѣзни: жестокія боли, не можетъ повернуть шеей, слабость и ползаніе мурашекъ въ рукахъ. Была поставлена мушка на нижней по-

верхности праваго плеча, и содержимое пузыря изслѣдовано на мочевую кислоту (пр. д. Яновскимъ), мурексидная проба дала *положительный* результатъ. Больной назначены щелочныя воды, Lithium salicylicum + Natrum salicylicum, прижиганія Пакеленомъ шейной части позвоночника и гальванизація руки, ставя анодъ на шею, а катодъ въ чашку съ водой, куда погружались обѣ кисти рукъ. Каждое прижиганіе облегчало больную дня на три. Постепенно краснота и опухоль шеи прошли, больная получила возможность двигать головой. 20 дек. исчезли боли въ рукахъ. Слабость еще есть, но меньше, чѣмъ въ началѣ, такъ что больная могла шить этой рукой.

16 января 1896 года вновь явились жестокія боли въ шеѣ и рукахъ, при повышеніи температуры и остромъ бронхитѣ. Больной назначенъ Antifebrini 0,5, + Natri salicylici 0,3 + Morphii 0,01, эти порошки облегчили боли. Черезъ 4 дня боли прошли, но осталась слабость мышцъ и ползаніе мурашекъ. Пониженіе чувствительности оставалось безъ перемѣны.

Въ настоящее время (18 марта) больная жалуется на слабость въ правой рукѣ. Чувствительность болевая понижена. Наибольшее пониженіе осталось на правомъ плечѣ. Тактильная чувствительность нормальна. Электровозбудимость нормальна (фарадическая 10—11 сантиметровъ разстоянія, гальваническая 1—1$^1/_2$ милліампера). Рефлексы всѣ рѣзко понижены. Точки вхожденія нервовъ въ m. cucullaris и sterno-cleydo—mostoideus правой стороны и нервные стволы руки болѣзненны при давленіи. Мускулатура рукъ за это время нѣсколько уменьшилась. Это заболѣваніе вполнѣ соотвѣтствуетъ подагрѣ по началу—острыми болями, багровымъ плотнымъ отекомъ окружающихъ мягкихъ тканей, повышеніемъ T^0. Мѣсто заболѣванія тоже соотвѣтствуетъ одной изъ характерныхъ локализацій подагрическихъ пораженій въ шейныхъ позвонкахъ—spondilitis cervicalis. Это не могло быть простое воспаленіе мышцъ, такъ какъ были болѣзненны сами позвонки; нахожденіе мочевой кислоты въ эксудатѣ исключаетъ острый или хроническій ревматизмъ, не говоря о безуспѣшности противоревматическаго леченія. Раньше больная имѣла два такихъ приступа въ продолженіе пяти лѣтъ; во время самаго леченія имѣла рецидивъ, послѣ котораго осталось ухудшеніе состоянія, слѣдовательно, приступы повторялись, какъ это характерно для подагры. Кромѣ того у больной существуетъ съ давнихъ поръ рядъ заболѣваній, которыя считаются (Bouchard'омъ и др.) характерными проявленіями скрытой подагры, ея предвѣстниками. Это хроническій насморкъ съ дѣтства, кровотеченія изъ носу, головокруженія, упорныя мигрени, запоры. Замѣчательно, что приступъ подагры сопровождается катарромъ слизистыхъ оболочекъ дыхательныхъ путей.

Причина заболѣванія лежитъ, очевидно, въ наслѣдственности: у матери существуетъ давнишнее неизлѣчимое заболѣваніе суставовъ, которое, судя по осложненіямъ экцемой, можетъ быть тоже подагрическое, а не ревматическое. Какъ бы то ни было, хроническій ревматизмъ и подагра, ожиреніе и діабетъ представляютъ одно семейство, каждый членъ котораго можетъ вызвать другой; подагра же, какъ извѣстно, является преимущественно вслѣдствіе наслѣдственнаго расположенія. Отецъ и братъ страдаютъ диспепсіей, что можетъ быть обусловленно и другими причинами, но не надо забывать, что диспепсія и запоры представляютъ весьма частое проявленіе скрытой подагры. И такъ заболѣваніе шеи у нашей больной есть по всѣмъ фактамъ Spondilitis cervicalis podagrica. Однако подагрическій процессъ не ограничился шейными позвонками, а захватилъ, вѣроятно, и мелкіе суставы рукъ, судя потому, что въ нихъ ощущается хрустъ при пассивныхъ движеніяхъ. При spondilitis cervicalis иногда наблюдаются парестезіи, парезы и атрофіи мышцъ, причиною чего Lecorché считаетъ пахименингитъ. Въ нашемъ случаѣ большинство разстройствъ нервной системы можно тоже объяснить пахименингитомъ и обусловленнымъ имъ сдавленіемъ шейныхъ и 1—2 грудныхъ корешковъ, сюда относятся боли, чувство ползанья мурашекъ, пониженіе чувствительности, слабость и атрофіи мышцъ. Пониженіе электровозбудимости тоже можетъ быть вызвано пахименингитомъ и сдавливаніемъ нервныхъ корешковъ. Въ нашемъ случаѣ не достаетъ однако одного характернаго для пахименингита симптома, который описывался Ollivier въ его случаѣ—это ощущеніе стягиванія въ соотвѣтственныхъ пахименингиту мѣстахъ. Затѣмъ чувствительность периферическихъ стволовъ нервовъ указываетъ, что и самые нервные стволы воспалены. Кромѣ того увеличеніе пониженія чувствительности въ дистальномъ направленіи есть признакъ, свойственный периферическому множественному невриту. Всего больше картина болѣзни подходитъ къ подагрическому невриту плечевого сплетенія; этой формѣ соотвѣтствуетъ и упорство заболѣванія, которое почти не поддается леченію. Какъ и въ первыхъ двухъ случаяхъ мы имѣемъ общее повышеніе рефлексовъ, уменьшающееся тамъ, гдѣ мѣстныя заболѣванія нервовъ всего рѣзче—въ этомъ случаѣ рефлексы рукъ.

Изъ черепномозговыхъ разстройствъ въ этомъ случаѣ были головныя боли и головокруженія.

Въ этомъ случаѣ слѣдовательно, какъ и въ первыхъ двухъ, мы имѣемъ явленія со стороны всѣхъ отдѣловъ нервной системы, но въ отличіе отъ нихъ главныя разстройства вызываются, вѣроятно, мѣстнымъ процессомъ твердой мозговой оболочки въ области шейнаго утолщенія.

Случай подагрическаго пахименингита описалъ Ollivier [1]) только съ болѣе распространенными мѣстными явленіями.

Больной, ведшій всегда трезвую жизнь, но полную лишеній, страдалъ подагрой въ теченіе 14 лѣтъ передъ поступленіемъ въ госпиталь. При изслѣдованіи за три года раньше у больного оказалось множество Tophi; нѣкоторые изъ нихъ даже изъязвились; были явленія со стороны желудка. Въ 1875 г. больной сталъ страдать жестокими стягивающими болями вокругъ шеи, туловища и молніеобразными болями въ конечностяхъ, былъ полный параличъ конечностей. На вскрытіи твердая мозговая оболочка спинного мозга оказалась усѣянной отложеніями уратовъ на протяженіи отъ третьяго шейнаго позвонка до крестцоваго канала. Эти отложенія продолжались на большинство корешковъ и сдавливали ихъ. Происхожденіе болей Ollivier объясняетъ именно сдавливаніемъ корешковъ. Нервные стволы не были изслѣдованы. Отличіе этого случая отъ нашего заключается въ томъ, что организмъ больного Ollivier былъ, такъ сказать, переполненъ уратами. Нѣсколько лѣтъ у больного было огромное количество Tophi; нѣкоторые изъ нихъ изъязвились и по выраженію автора представляли неизсякаемый источникъ мочекислаго натра, и только чрезъ много лѣтъ подъ конецъ страданія начали отлагаться ураты и въ твердой спинномозговой оболочкѣ. Какъ это обстоятельство, такъ и рѣдкость случая (unicum) показываетъ, что въ твердой спинномозговой оболочкѣ мочекислыя соли отлагаются очень трудно, только при чрезмѣрномъ переполненіи тканей уратами. Трудно предположить поэтому что либо подобное въ нашемъ случаѣ, гдѣ уратовъ, судя по изслѣдованію exudat'a (не вышла проба съ ниткой) и судя по отсутствію рѣзкихъ измѣненій въ суставахъ и отсутствію конкрементовъ, очень мало. Болѣе вѣроятно, что мы имѣемъ дѣло съ простымъ воспаленіемъ твердой мозговой оболочки и нервовъ, которое при подагрѣ нерѣдко.

Politakis [2]) описываетъ случай похожій на нашъ 3-й, насколько можно судить по реферату. Заболѣваніе началось больше въ верхней части позвоночника болями, иррадіировавшими въ спину и плечи, и чувствомъ пояса. Въ теченіе мѣсяца развился параличъ ногъ и правой руки; боли продолжались, но позвонки не были чувствительны къ давленію. Мышцы были атрофированы. Лѣвая рука была совершенно свободна. Чувствительность не была понижена. Пателлярный рефлексъ слегка повышенъ. Явленія быстро улучшились подъ вліяніемъ фарадизаціи и прижиганій Пакеленомъ. Въ этіологіи авторъ нашелъ только умѣренное злоупотребленіе виномъ и простуду. Субъектъ былъ очень крѣпкаго

---

[1]) Archives de Physiologie serie II t. V. ст. 457.

[2]) Archives de Neurologie t. XXIV p. 121 (рефератъ).

тѣлосложенія, 43 лѣтъ. Передъ заболѣваніемъ имѣлъ фурункулезъ на спинѣ и затылкѣ. Авторъ считаетъ этотъ случай пахименингитомъ передней части спинно-мозговыхъ оболочекъ, который повелъ къ сдавливанію корешковъ. Къ сожалѣнію, нѣтъ указаній на состояніе нервовъ. Причина для автора остается не выясненной, но судя по возрасту и тѣлосложенію больного, по тому, что больной пилъ много вина, и по высыпанію фурункуловъ передъ заболѣваніемъ, которое развилось внезапно безъ достаточныхъ основаній—весьма вѣроятно, что здѣсь была подагра.

Въ описанныхъ сейчасъ случаяхъ мы встрѣчали почти всѣ симптомы, которые наблюдали при подагрѣ прежніе авторы. Нѣкоторые изъ этихъ явленій, вѣроятно, обусловливаются мѣстными подагрическими заболѣваніями (въ третьемъ случаѣ), а другія можно объяснить только общимъ дѣйствіемъ подагрическаго яда, такъ какъ эти симптомы аналогичны съ вызываемымъ дѣйствіемъ другихъ ядовъ. Изъ разбора этихъ случаевъ видно, что ихъ трудно подвести подъ одну изъ общепринятыхъ въ настоящее время клиническихъ формъ нервныхъ болѣзней; клиническая картина ихъ ближе всего подходитъ къ периферическому множественному невриту, но нѣкоторые симптомы указываютъ на пораженіе центральной нервной системы, правда, не очень глубокое и, быть можетъ, только функціональное; таковы—повышеніе рефлексовъ, бредъ, головныя боли; упорная атонія кишекъ (запоры и вздутіе живота), слабость брюшного пресса встрѣчаются преимущественно при міэлитѣ; параличъ діафрагмы можетъ быть объясненъ воспаленіемъ N. Vagi, но онъ можетъ быть вызванъ и міэлитомъ; парезъ мышцъ можетъ быть вызванъ заболѣваніемъ переднихъ роговъ.

Кромѣ того во 2 и 3 случаѣ есть симптомы, свойственные воспаленію спинномозговыхъ оболочекъ, а именно чувство стягиванія вокругъ туловища. Однимъ словомъ, клиническая картина описанныхъ случаевъ указываетъ на заболѣваніе всей нервной системы. Такое смѣшеніе симптомовъ со стороны центральной и периферической нервной системы не представляетъ, однако, чего-нибудь совершенно особеннаго; то-же самое наблюдается въ сущности при дѣйствіи другихъ ядовъ, вызывающихъ множественный периферическій невритъ, каковы: алкоголь, свинецъ, мышьякъ, ртуть, неизвѣстный ядъ вызывающій бери-бери, токсинъ тифа, гриппа, родильной горячки, сифилиса, ревматизма, діабета. Кромѣ такъ называемаго множественнаго неврита, всѣ эти вредные агенты вызываютъ рядъ симптомовъ со стороны центральной нервной системы. Такъ алкоголь вызываетъ delirium tremens, хроническій алкогольный психозъ, функціональныя гемианэстезіи (Magnan) и гемиплегіи (Корсаковъ), хроническій и подъострый міэлитъ, которымъ раньше исключительно объ-

яснялись алкогольныя параплегіи, острый восходящій параличъ Ландри. Свинецъ вызываетъ душевныя болѣзни, чаще всего галлюцинаторныя формы, бредъ, судорожные припадки, гемиплегіи, геміанестезіи. Ртуть вызываетъ типическія психическія заболѣванія, характеризуемыя кратко, какъ раздражительная слабость, галлюцинаціи, дрожаніе. Мышьякъ вызываетъ безсонницу, бредъ.

Брюшной тифъ производитъ иногда глухоту, афазію, слабоуміе, повышеніе рефлексовъ и электровозбудимости фарадической и гальванической (Money) [1]. Гриппъ вызываетъ самыя разнообразныя заболѣванія нервной системы, различныя душевныя болѣзни, эпилепсію (Джексона), міэлитъ, цереброспинальный менингитъ. При дифтеритѣ наблюдали психозы и органическія заболѣванія мозга.

Сифилисъ, какъ извѣстно, вызываетъ нервныя заболѣванія двумя путями: или въ нервной системѣ разростаются сифилитическія образованія или же нервная система отравляется ядомъ сифилитическаго характера, который дѣйствуетъ долго спустя послѣ прекращенія сифилитическихъ образованій, подобно тому, какъ и при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ ядъ дѣйствуетъ на нервную систему нѣкоторое время спустя послѣ прекращенія симптомовъ болѣзни; разница только во времени, которая обусловливается, само собою разумѣется, тѣмъ, что сифилисъ протекаетъ вообще годами. Наиболѣе типичными представителями интоксикаціонныхъ сифилитическихъ заболѣваній, или какъ ихъ называетъ Fournier парасифилитическихъ, являются Tabes dorsalis и Dementia paralitica. Эти заболѣванія не ограничиваются одной какой либо частью нервной системы: при Tabes dorsalis встрѣчаются явленія и периферическаго неврита, и спинно-мозговыя и черепно-мозговыя. Tabes нерѣдко является началомъ прогрессивнаго паралича—такъ называемый восходящій прогрессивный параличъ Westphal'я. Прогрессивный параличъ, наоборотъ, нерѣдко переходитъ въ Tabes и нерѣдко сопровождается периферическими невритами особенно, такъ часто описываемымъ въ послѣднее время воспаленіемъ N. Peronei.

Ревматизмъ кромѣ разстройствъ сходныхъ съ подагрическими, вызываетъ часто хорею. При діабетѣ наблюдались психозы, ослабленіе памяти, судороги, преходящія гемиплегіи и параплегіи, апоплектиформные приступы, поліоміэлитъ.

Такимъ образомъ, кромѣ множественнаго неврита, вызывающія его причины или правильнѣе циркулирующіе въ крови яды, способны вызывать разнообразныя другія нервныя заболѣванія.

---

[1]) Lancet, 1885 г. Т. II, ст. 842.

Самый полиневритъ никакъ нельзя считать страданіемъ исключительно периферическихъ нервовъ. Прежде всего полиневритъ тѣсно связанъ клинически съ особой формой психоза, которая нерѣдко его сопровождаетъ, описанный впервые Корсаковымъ [1]) при алкогольномъ полиневритѣ и названной имъ полиневритическимъ психозомъ. Этотъ психозъ потомъ описывали при невритахъ вслѣдствіе брюшного тифа, родильной горячки, діабета и др. Въ 1 и 2 изъ моихъ случаевъ наблюдался этотъ же психозъ, именно 2-й видъ его по дѣленію Корсакова.

Клиническая картина полиневрита такъ близко подходитъ къ поліоміэлиту, такъ трудно иногда отличить ихъ по клиническимъ признакамъ, что Dejerine-Klumke совѣтуетъ не раздѣлять слишкомъ рѣзко эти болѣзни [2]). Тоже самое она говоритъ о міэлитѣ. Дѣйствительно, относительно классификаціи разстройствъ, наблюдающихся при этихъ заболѣваніяхъ, существуютъ большія разногласія—отнести ли ихъ къ болѣзнямъ спиннаго мозга или периферическихъ нервовъ.

Алкогольныя параплегіи прежде объяснялись міэлитомъ. Эрлицкій полагаетъ, что алкоголь вызываетъ заболѣваніе только клѣтокъ центральной нервной системы, периферическая же ослабляется ихъ заболѣваніемъ и заболѣваетъ отъ посторонних причинъ [3]).

Относительно свинцовыхъ параличей существуетъ большое разногласіе: одни объясняютъ ихъ поліоміэлитомъ, другіе—невритомъ.

Мышьяковые параличи Поповъ [4]) объясняетъ только міэлитомъ, другіе—невритомъ. Дифтеритическіе параличи Kidd [5]) объясняетъ поліоміэлитомъ. Выше я уже говорилъ о тѣсной связи между восходящимъ параличемъ Landry и периферическимъ множественнымъ невритомъ.

Патолого-анатомическія изслѣдованія вполнѣ объясняютъ такое смѣшеніе въ объясненіяхъ клиническихъ явленій, равно какъ и дѣлаемое сближеніе клиническихъ формъ, описываемыхъ какъ разныя болѣзни. При всѣхъ множественныхъ невритахъ обусловленныхъ вышеприведенными агентами находимъ измѣненія нервныхъ элементовъ въ спинномъ мозгу.

Kahler и Pick [6]) при алкогольномъ параличѣ нашли мутное набуханіе и вакуолизацію нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Затѣмъ въ незначительномъ числѣ клѣтокъ подобныя измѣненія видѣлъ Oettinger [7]). Въ одномъ изъ трехъ случаевъ Finlay нашелъ очень распространенное исчезновеніе отростковъ мультиполярныхъ клѣ-

---

[1]) Объ алкогольномъ параличѣ 1887 г. ст. 226.

[2]) De Polynevrites ст. 31 и 49.

[3]) Вѣстникъ психіатріи и невропатологіи 1889 г. выпускъ II ст. 189.

[4]) Vichow's Archiv. Т. 113, ст. 392.

[5]) Lancet 1883. ст.

[6]) Вѣстникъ психологіи 1889, в. II, ст. 181.

[7]) Корсаковъ. Алкогольный параличъ, ст. 288.

токъ переднихъ роговъ и сморщиванiе самихъ клѣтокъ [1]). Эрлицкiй [2]), Shaffer [3]), Achard и Soupault, Campball (во 2 случаѣ) [4]) нашли дегенерацiю и вакуолизацiю клѣтокъ переднихъ роговъ. Giese и Pagenstecher [5]), кромѣ вакуолизацiи нашли измѣненiя въ голлевыхъ столбахъ. Далѣе, при алкогольномъ параличѣ неоднократно находили склерозъ голлевыхъ столбовъ, а именно Vierordt [6]), Корсаковъ и Сербскiй [7]) въ одномъ случаѣ полиневрита съ психозомъ. Pal [8]), Campball нашли склерозъ голлевыхъ столбовъ, перерожденiе корешковъ преимущественно заднихъ, и кромѣ того перерожденiе нѣкоторыхъ волоконъ пирамидныхъ путей.

При свинцовомъ параличѣ измѣненiя клѣтокъ переднихъ роговъ находили неоднократно Oeller [9]), Монаковъ [10]), Zunker [11]), Oppenheim [12]), Braun. Наблюдали кромѣ атрофiи клѣтокъ переднихъ роговъ также склерозъ голлевыхъ столбовъ и перерожденiе заднихъ корешковъ [13]). Тѣ-же, приблизительно, измѣненiя описываетъ Goldflam [14]) и Fischer [15]), Pal [16]) въ одномъ случаѣ описываетъ тоже склерозъ голлевыхъ столбовъ и другихъ пучковъ. Stieglitz, вызывая экспериментальносвинцовые параличи у кроликовъ, находилъ атрофiю клѣтокъ переднихъ роговъ и перерожденiе периферическихъ нервовъ [17]).

При мышьяковомъ параличѣ Поповъ [18]) наблюдалъ помутнѣнiе протоплазмы и потерю отростковъ клѣтокъ заднихъ роговъ и плохую окрашиваемость клѣтокъ переднихъ роговъ. Эрлицкiй и Рыбалкинъ нашли рѣзкiя измѣненiя переднихъ роговъ, причемъ ни одной клѣтки вполнѣ нормальной, также перерожденiе клѣтокъ заднихъ роговъ и

---

[1]) British Medical, Journal 1887. T. I, ст. 1162.
[2]) Вѣстникъ психiатрiи. L. c. ст. 179.
[3]) Neurologisches Centralblatt. 1889, st. 154.
[4]) Zeitschrift für Heilkunde. T. XIV, ст. 27.
[5]) Archiv für Psychiatrie, T. XXV, ст. 220.
[6]) Ibidem. T. XVII, ст. 371.
[7]) Ibidem. T. XXIII. ст. 126.
[8]) Ueber multiple Neuritis. 1891, ст. 27.
[9]) Dejerine-Klumke. Traité de Polynevritis et. cet. 1389 г. ст. 246.
[10]) Archiv für Psychiatrie. T. X, ст. 512.
[11]) Zeitschrift für Klinische Medicin. T. I, ст. 496.
[12]) Archiv für Psychiatrie. T. XVI.
[13]) Deutsches Archiv für Klinische Medicin. T. XLII ст'
[14]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. T. III, ст. 346.
[15]) Neurologisches Centralblatt 1894 г. ст. 154 (рефератъ).
[16]) L. c. st. 30.
[17]) Archiv für Psychiatrie. T. XXIV, ст. 1.
[18]) Virchow's Archiv. T. CXIII, ст. 385.

паренхиматозный невритъ [1]). Henschen нашелъ тѣ же измѣненія и перерожденія голлевыхъ столбовъ [2]).

Поповъ при экспериментальномъ отравленіи собакъ ртутью, свинцомъ и мышьякомъ нашелъ измѣненіе клѣтокъ спинного мозга, а именно потерю отростковъ, помутнѣніе протоплазмы, вакуолизацію; въ хроническихъ случаяхъ пигментное перерожденіе [3]).

Середину между невритами, чисто токсическими и инфекціонными, занимаетъ beri-beri или kakke, относительно причины которой нѣтъ согласія между авторами: въ то время, какъ Pickelhering, Winkler, Scheube [4]), предполагаютъ паразитарное происхожденіе этой болѣзни, причемъ паразитъ, однако, не найденъ, Miura полагаетъ, что заболѣваніе обусловливается отравленіемъ ядомъ изъ свѣжихъ рыбъ [5]). При этой болѣзни, кромѣ периферическаго паренхиматознаго неврита, находимаго неоднократно въ спинномъ мозгу Scheube [6]) наблюдалъ амилоидныя тѣла. Proust и Ballet [7]) наблюдали уменьшеніе ихъ числа, атрофію и пигментацію клѣтки. Тѣ же измѣненія въ очень рѣзкой формѣ, преимущественно въ поясничномъ утолщеніи наблюдалъ Чоловскій [8]). Задніе рога были поражены меньше (1 случай Чоловскаго) или вовсе свободны (Proust и Balle, 2—3 случай Чоловскаго); но Mendes [9]) видѣлъ измѣненія только въ заднихъ рогахъ.

Изъ параличей, вызываемыхъ *инфекціонными заболѣваніями*, наиболѣе изслѣдованъ спинной мозгъ при дифтеритическихъ параличахъ. Еще Oertel въ 1871 году наблюдалъ послѣ паралича, кромѣ геморрагій, размноженіе числа зеренъ (невrogліи) преимущественно въ переднихъ рогахъ, но онъ ничего не говоритъ объ измѣненіяхъ нервныхъ клѣтокъ [10]). Впервые точно описалъ эти измѣненія Dejerine, хотя, какъ онъ упоминаетъ въ своей статьѣ годомъ раньше на эти измѣненія клѣтокъ указывалъ Vulpian [11]). Dejerine наблюдалъ въ переднихъ рогахъ исчезновеніе отростковъ клѣтокъ, кругловатую ихъ форму, плохое окрашиваніе ядра, уменьшеніе числа клѣтокъ [12]). Такія же измѣненія наблюдалъ Meyer, но не только въ переднихъ, а и въ заднихъ

---

[1]) Archiv für Psychiatrie. T. XXIII, ст. 878.
[2]) Neurologisches Centralblatt. 1894 г. ст. 151.
[3]) Virchow's Arshiv. T. XCIII, ст. 357.
[4]) Ibidem. T. XCV.
[5]) Ibidem. T. CXIV.
[6]) L. c.
[7]) Archives de Physiologie. Serie III. T. II. стр. 341.
[8]) Beri-Beri. Диссертація. 1886 г. ст. 93.
[9]) L. c. ст. 83.
[10]) Deutsches Archiv für Klinische Medicin. T. VIII, ст. 249.
[11]) Archives de Physiologie. Serie II. T. V, ст. 109.
[12]) L. c. ст. 130.

рогахъ [1]) и Preisz; послѣдній наблюдалъ еще перерожденіе голлевыхъ столбовъ [2]). При экспериментальномъ отравленіи дифтеритическимъ ядомъ, Щербакъ находилъ передній поліоміэлитъ, измѣненіе корешковъ и периферическихъ нервовъ, въ случаяхъ хроническаго отравленія—только измѣненія клѣтокъ спиниаго мозга, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ—только невритъ [3]). При гриппѣ Leyden въ одномъ случаѣ полиневрита очень близкаго къ параличу Landry описалъ измѣненія клѣтокъ переднихъ роговъ: а именно, мутное набуханіе ихъ, округленіе формы и вокуолизацію, кромѣ того, въ бѣломъ веществѣ утолщеніе и набуханіе осевыхъ цилиндроъ [4]). Въ подобномъ же случаѣ Ballet и Dutil видѣли измѣненія кѣтокъ преимущественно въ переднихъ рогахъ и кларковыхъ столбахъ [5]). При ревматизмѣ Pitres и Vaillard находили измѣненія въ заднихъ столбахъ и периферическихъ окончаніяхъ нервовъ, при отсутствіи нзмѣненія въ промежуточныхъ частяхъ нервныхъ стволовъ. Marinesco во одномъ случаѣ ревматическаго остраго паралича, кромѣ периферическаго неврита, нашелъ измѣненіе chromatin'a и эктопію ядра въ клѣткахъ переднихъ роговъ [6]). Наконецъ, при діабетическомъ невритѣ Williamson описалъ перерожденіе голлевыхъ столбовъ, пигментацію и легкую атрофію клѣтокъ переднихъ роговъ [7]). Тѣ-же измѣненія клѣтокъ наблюдалъ Pryce [8]). Итакъ, при множественномъ невритѣ токсическаго происхожденія наблюдается измѣненіе нервныхъ элементовъ въ спинномъ мозгу, главнымъ образомъ двухъ родовъ: 1) *измѣненіе клѣтокъ переднпхъ роговъ,* 2) *перерожденіе голлевыхъ столбовъ и заднихъ корешковъ,* такъ что страдаетъ не одинъ только нервъ, а цѣлый невронъ.

Въ послѣднее время изслѣдованіе нервныхъ клѣтокъ сдѣлало большіе успѣхи благодаря способу окрашиванія Nissl'я [9]), благодаря которому удалось дифференцировать функціональную часть клѣтки—по Marinesco кинетоплазму (рѣзко окрашивающіяся красками хроматиновыя зерна) отъ растительной части трофоплазмы. Благодаря этому методу можно опредѣлить измѣненія кинетоплазмы (хроматиновыхъ зеренъ), тогда какъ прежніе методы опредѣляли только измѣненіе трофоплазмы,

---

1) Virchow's Arcbiv. T. LXXXV. ст. 200.
2) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. T. VI, ст. 100.
3) Revue Neurologique 1893 г. 147.
4) Zeitschrift für Klinische Medicin. T. XXIV, ст. 15.
5) Revue Neurologique, ст. 718.
6) Revue Neurologique. 1896 г. ст. 136.
7) British Medical Journal 1894 г. T. I, ст. 398.
8) Revue Neurologique. 1894 г. ст. 122 (рефератъ).
9) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. T. XLVIII, ст. 197.

которыя наступаютъ позднѣе. Благодаря этому способу самъ Nissl [1]) доказалъ, что при вырываніи нерва въ клѣткахъ ядра наступаютъ измѣненія уже черезъ день [2]). Онъ-же [3]) и Schaffer [4]) наблюдали измѣненіе хроматина при отравленіи мышьякомъ, фосфоромъ, свинцомъ и сурьмой. Во второмъ случаѣ дифтеритическаго паралича Preisz наблюдалъ исчезаніе и разрушеніе хроматина. Marinesco показалъ, что простая перерѣзка нервныхъ стволовъ вызываетъ измѣненіе хроматина—его мѣстное разрушеніе и перемѣщеніе ядра къ периферіи. Если даже отдаленное механическое повреждeніе нерва сопровождается измѣненіемъ клѣтки, то тѣмъ болѣе надо ожидать такихъ измѣненій при всякомъ токсическомъ невритѣ, гдѣ несомнѣнно существуетъ возможность дѣйствія яда на самую клѣтку.

Участіе нервныхъ элементовъ спинного мозга въ заболѣваніи называемымъ периферическимъ множественнымъ невритомъ, начиная съ 80-хъ годовъ, привлекало вниманіе невропатологовъ и вызывало различныя объясненія. Одни—какъ Erb [5]), Eisenlohr [6]) держатся того мнѣнія, что паренхиматозный невритъ обусловливается функціональнымъ заболѣваніемъ клѣтокъ центральной нервной системы. Strümpell [7]) полагаетъ что поліоміэлитъ и множественный невритъ вызывается одной и той же причиной, которая дѣйствуетъ то на периферическіе нервы, то на спинной мозгъ подобно тому, какъ дифтеритная зараза поражаетъ то зѣвъ, вызывая дифтеритъ въ тѣсномъ смыслѣ, то гортань и дыхательное горло, вызывая круппъ. Babinsky [8]) считаетъ, что вызывающіе можественный невритъ агенты дѣйствуютъ одновременно на периферическіе нервы и на другія части нервной системы, вызывая въ нихъ функціональныя измѣненія динамическаго характера; анатомическія же изслѣдованія нервовъ представляютъ только наиболѣе рѣзкія явленія, которыя одни только могутъ быть открыты нашими методами изслѣдованія. Этотъ взглядъ подтвердился изслѣдованіями Marinesco и Nissl'a. Вопросъ, что заболѣваетъ прежде всего до сихъ поръ не разъясненъ; несомнѣнно одно, что при настоящихъ знаніяхъ терминъ периферическій множественный невритъ не соотвѣтствуетъ нашему представленію о болѣзни; на это указали уже Campball [9]), Babinsky [10]), Pal [11]).

---

[1]) Ibidem, ст. 681.

[2]) Revue Neurologique. 1894 г. ст. 75.

[3]) L. c. ст. 105.

[4]) L. c.

[5]) Neurologisches Centralblatt 1883 г. ст. 484.

[6]) Ibidem 1884 г. ст. 146.

[7]) Ibidem 1884 г. ст. 244.

[8]) Traité de Médicine t. VI ст. 692.

[9]) L. c. ст. 17.

[10]) L. c.

[11]) Neurologisches Centralblatt 1894 ст. 740.

Нервъ и клѣтка составляютъ одно неразрывное цѣлое—невронъ и заболѣваютъ, какъ одно цѣлое. Сущность изслѣдованій Nissl'я и Marinesco заключаются въ томъ, что они экспериментально доказали этотъ фактъ, на который указывали раньше клиническія и патолого-анатомическія наблюденія. Нельзя объяснить участіе клѣтокъ въ заболѣваніи множественнымъ невритомъ непосредственнымъ распространеніемъ воспаленія per continuitatem съ периферическихъ нервовъ на спинной мозгъ (Neuritis ascendens), какъ это дѣлаетъ напр. Feinberg [1]) на основаніи своихъ опытовъ, такъ какъ при заболѣваніи периферическихъ нервовъ и клѣтокъ неоднократно промежуточныя части корешка оказывались совершенно здоровыми (Finlay, Pitrs и др.) и вообще воспалительныя явленія въ периферіи бываютъ рѣзче выражены.

Если въ нѣкоторыхъ случаяхъ не находили измѣненій въ клѣткахъ то это, вѣроятно, зависѣло отъ того, что примѣнялись недостаточно тонкіе способы изслѣдованія. Болѣе грубыя анатомическія измѣненія въ нервахъ, чѣмъ въ клѣткахъ не представляетъ ничего особеннаго, ничего такого, что давало бы право думать объ особенномъ отношеніи нерва къ заболѣванію, такъ какъ по изслѣдованіямъ Schaffer'a [2]) и Friedman'a [3]) и въ самой клѣткѣ можетъ подвергаться измѣненію только часть ея при неизмѣненіи остальной, это однако затрудняетъ функцію всей клѣтки. Такимъ образомъ нервъ при перерожденіи играетъ такую же роль, какъ и любая другая часть тѣла клѣтки. При множественномъ периферическомъ невритѣ весьма не вѣроятно, чтобы заболѣваніе неврона вызывалось вреднымъ воздѣйствіемъ въ одномъ какомъ либо мѣстѣ. Надо думать, что множественный невритъ, какъ и другія заболѣванія, наблюдающіяся при дѣйствіи тѣхъ же среднихъ агентовъ, вызывается отравленіемъ ядомъ, циркулирующимъ въ крови; разъ ядъ поступаетъ въ кровь, онъ дѣйствуетъ на части организма тамъ, гдѣ съ ними соприкасается и дѣйствіе его оказывается прежде всего въ измѣненіи наиболѣе подверженныхъ его дѣйствію и наиболѣе чувствительныхъ изъ этихъ частей. Изъ всѣхъ органовъ самымъ чувствительнымъ является нервная система, и она же хорошо снабжена кровью, слѣдовательно достаточно соприкасается съ ядомъ. Изъ элементовъ нервной системы нерные стволы и очень хорошо защищены и сравнительно бѣдны кровью, поэтому они должны мало подвергаться дѣйствію яда. Нервныя клѣтки лишены всякой оболочки и обильно омываются кровью, поэтому онѣ болѣе должны подвергаться дѣйствію яда, но онѣ находятся въ болѣе благопріятныхъ условіяхъ для борьбы съ нимъ, такъ

---

[1]) Zeitschrift für Klinische Medicin t. XXV ст. 69.

[2]) Neurologisches Centralblatt 1891. ст. 236.

[3]) Ibidem. ст. 1.

какъ во первыхъ, будучи компактными тѣлами онѣ имѣютъ наименьшее отношеніе поверхности къ объему и во вторыхъ ихъ протоплазма всего ближе находится къ трофическому центру клѣтки. Въ особенно благопріятныхъ для дѣйствія яда условіяхъ находятся протоплазматическіе отростки и периферическія окончанія нервовъ, такъ какъ они тоже обнажены, и представляютъ по сравненію съ объемомъ наибольшую поверхность для дѣйствія яда, и болѣе удалены отъ трофическаго центра; поэтому они прежде всего заболѣваютъ отъ дѣйствія яда и прежде всего погибаютъ. Дѣйствительно патолого-анатомическія измѣненія находятся прежде всего въ периферическихъ окончаніяхъ нервовъ, а въ спинномъ мозгу раньше всего погибаютъ протоплазматическіе отростки. (Finlay, Dejerine, Meyer и др.). Для клѣтокъ головнаго мозга доказали это Klippel и Azoulay [1]): при прогрессивномъ параличѣ они наблюдали, что протоплазматическіе отростки клѣтокъ и концевыя развѣтвленія нервныхъ стволовъ мозговой коры погибаютъ прежде всего. Страданіе клѣтки какъ трофическаго центра не можетъ не отражаться на состояніи нервныхъ стволовъ и потому въ дальнѣйшемъ заболѣваетъ и стволъ, причемъ вслѣдствіе его удаленія отъ трофическаго центра заболѣваніе достигаетъ большихъ размѣровъ, чѣмъ въ клѣткѣ. Чѣмъ дальше отъ центра, тѣмъ заболѣваніе рѣзче выражено въ этомъ заключается причина того обстоятельства, что при множественномъ невритѣ патолого-анатомическія измѣненія увеличиваются въ дистальномъ направленіи, и что находятъ перерожденіе дистальныхъ концовъ нервовъ, при отсутствіи измѣненій промежуточныхъ частей и корешковъ. Слѣдовательно, при дѣйствіи ядовъ, вызывающихъ такъ называемый множественный невритъ, заболѣваетъ въ сущности весь послѣдній (считая отъ мозговой коры) невронъ, и только анатомическія его измѣненія проявляются въ нервномъ стволѣ. Если эти измѣненія почему либо проявятся преимущественно въ клѣткахъ тогда является картина поліоміэлита. Но эти болѣзни не должны быть отдѣляемы другъ отъ друга, какъ это и признается другими авторами. Само собой разумѣется, что ядъ не можетъ ограничиться однимъ невроном периферическимъ,—нерѣдко отравляются и невроны мозговой коры, и тогда является полиневрическій психозъ. Такимъ образомъ и клиническія явленія, а именно существованіе симптомовъ, свойственныхъ заболѣванію клѣтокъ спинного мозга, и патолого-анатомическія наблюденія и послѣдніе экспериментальныя изслѣдованія указываютъ на то, что терминъ периферическій множественный невритъ не соовѣтствуетъ всему содержанію картины болѣзни, которая называется этимъ именемъ. Поэтому названіе это слѣдуетъ оставить и замѣнить его болѣе подходящимъ. Такимъ мнѣ кажется терминъ—*нев-*

[1]) Archives de Neurologie. т. XXVIII ст. 98.

ронитъ токсическаго происхожденія. Здѣсь считаю нужнымъ указать на отличіе въ способѣ дѣйствія ядовъ (вызывающихъ невронитъ), когда они вызываютъ другія явленія и когда они вызываютъ невронитъ Во 1-хъ симптомы непосредственнаго ихъ дѣйствія чрезвычайно различны, каждый изъ нихъ вызываетъ особую картину отравленія или болѣзни, тогда какъ вызываемые ими неврониты чрезвычайно похожи. Во 2-хъ невронитъ вызывается этими агентами вторично, нѣкоторое время спустя послѣ того, какъ развились невритныя характерныя явленія и даже когда онѣ уже исчезли. Быть можетъ поэтому и невронитъ вызывается какимъ нибудь однимъ токсиномъ, вырабатываемымъ организмомъ при болѣзненныхъ условіяхъ. Подъ это опредѣленіе подходитъ также Tabes dorsalis, и мы видѣли, что при множественномъ невритѣ нерѣдко находили патолого-анатомическія измѣненія, свойственныя Tabes; если принять во вниманіе измѣненіе периферическихъ нервовъ описанныхъ при Tabes (Dejerine и др.), то въ сущности между этими невритами и Tabes нельзя провести разницы, кромѣ того только, что при Tabes страдаетъ исключительно центростремительный или, если называть по положенію въ спинномъ мозгу, задній невронъ. Такъ что Tabes является однимъ изъ видовъ невронита; другимъ видомъ будетъ поліоміэлитъ и большинство невритовъ, при которыхъ существуютъ измѣненія только въ клѣткахъ переднихъ роговъ и ихъ нервныхъ стволахъ; нерѣдко однако при периферическомъ множественномъ невритѣ (невронитѣ) заболѣваютъ и передній и задній невроны. Опредѣленіе Tabes dorsalis какъ невронита дано Moxter'омъ [1]). Случаи подагрическаго заболѣванія, описанные мною, представляютъ то преимущество, что въ каждомъ изъ нихъ (особснно въ во 2-мъ) картина болѣзни неврона представлена полно, соединены симптомы со стороны всѣхъ отдѣловъ нервной системы и на нихъ ясно выступаетъ то, что въ другихъ случаяхъ приходится комбинировать изъ нѣсколькихъ исторій болѣзни. Въ остальномъ же нѣтъ существенной разницы отъ заболѣванія невроновъ, вызываемыхъ другими ядами, исключая только нѣкоторыхъ симптомовъ 3-го случая, вызываемыхъ, вѣроятно, мѣстными измѣненіями.

Такъ какъ въ этихъ случаяхъ наблюдались всѣ характерные симптомы со стороны нервной системы, на какіе указываютъ авторы при подагрѣ, то считая себя въ правѣ принять ихъ за типичные, нахожу возможнымъ сдѣлать, не смотря на малочисленность наблюденій, нѣкоторые выводы:

1) заболѣванія нервной системы при подагрѣ обусловливаются или мѣстными процессами или отравленіемъ подагрическимъ ядомъ.

2) Общее отравленіе даетъ картину такъ называемаго периферическаго множественнаго неврита.

---

[1]) Zeitschrift für Klinische Medicin т. XXIX ст. 335.

3) Названіе «множественный невритъ» не соотвѣтствуетъ ни клинической картинѣ болѣзни, ни патолого—анатомическимъ измѣненіямъ, ни экспериментальнымъ даннымъ. Поэтому оно должно быть оставлено и замѣнено другимъ болѣе подходящимъ, а именно «**Neuronitis Toxica**».

Считаю долгомъ выразить въ заключеніе мою признательность *проф. И. А. Сикорскому* за предложеніе работы и за благосклонное руководство при ея исполненіи.

ОТДѢЛЪ II.

Судебная психологія. Суд. хроника. Экспертиза и пр.

Существуетъ рядъ явленій, имѣющихъ громадный интересъ для врача вообще и въ частности для невропатолога, сюда относятся кромѣ болѣзней въ тѣсномъ смыслѣ этого слова и другія явленія, каковы, напр. самоубійство, преступленіе и многочисленныя уклоненія въ области высшихъ и низшихъ инстинктовъ. Значеніе указанныхъ аномалій нерѣдко съ успѣхомъ раскрывается и выясняется нервно-психической экспертизой. Такія разъясненія могутъ имѣть несомнѣнный научный интересъ и практическую пользу.

Самоубійство до начала настоящаго столѣтія вовсе не входило въ область медицины. Оно издавна было предметомъ нравственной философіи; затѣмъ оно вошло въ кругъ наукъ юридическихъ (между прочимъ статистики) и только со второй половины настоящаго столѣтія стало предметомъ психіатрическихъ изслѣдованій. Такое включеніе вопроса о самоубійствѣ въ кругъ врачебныхъ наукъ содѣйствовало въ высокой степени разъясненію его свойствъ, причинъ и условій развитія.

Столь-же плодотворнымъ оказалось участіе врачебныхъ наукъ въ изученіи преступленія и самого преступнаго человѣка.

Преступленіе издавна было предметомъ вѣдѣнія религіи и нравственной философіи, затѣмъ вошло въ кругъ наукъ юридическихъ. Въ два послѣднія десятилѣтія преступленіе и преступный человѣкъ стали предметомъ антропологическаго и врачебнаго изслѣдованія: возникла уголовно-антропологическая школа; учреждены съѣзды уголовной антропологіи; собираются коллекціи, и устраиваются музеи изъ бренныхъ останковъ преступнаго человѣка. Экспертиза врачебныхъ наукъ оказалась необходимой для рѣшенія не только практическихъ, но и научныхъ вопросовъ о преступленіи.

Собираніе и разработка фактическаго матеріала касательно самоубійствъ, преступленій, а равно и другихъ ненормальностей человѣческой жизни является новымъ и, повидимому, много обѣщающимъ направленіемъ нервно-психической медицины. Это направленіе, насколько оно уже успѣло обозначиться—способно расширить и улучшить наши свѣдѣнія по этіологіи болѣзней и—что еще важнѣе—оно *можетъ содѣйствовать ознакомленію съ тѣми нездоровыми условіями, среди которыхъ возникаютъ преступленія, помѣшательство и самоубійства.*

Въ виду всего изложеннаго, отдѣлъ судебной психологіи и врачебной экспертизы представляется необходимой составной частью періодическаго изданія по психіатріи. Первое мѣсто въ этомъ отдѣлѣ будетъ принадлежать судебной психологіи, судебной хроникѣ и тюремной жизни, далѣе—хроникѣ и психологическому разбору случаевъ самоубійствъ и наконецъ—другимъ явленіямъ, имѣющимъ психопатологическій интересъ (каковы, напр. изученіе болѣзненныхъ темпераментовъ, психическія эпидеміи и т. под.).

Ред.

(СУДЕБНАЯ ХРОНИКА).

Три алкогольныя убійства.

Три убійства, краткій судебный отчетъ о которыхъ приводимъ, имѣютъ между собою много общаго: всѣ отличаются жестокостью, въ происхожденіи всѣхъ алкоголь игралъ существенную роль; всѣ произошли приблизительно въ одно и то-же время и при очень сходныхъ условіяхъ. Эта *шаблонность* явленій, быть можетъ, болѣе всего указываетъ на то, что во всѣхъ трехъ случаяхъ *физическія условія* (алкоголь) играли болѣе значительную роль, нежели общественныя или нравственныя причины. Впрочемъ перейдемъ къ подлиннымъ отчетамъ. *Ред.*

I. Братоубійство.

14 марта 1896 года въ уголовномъ отдѣленіи Кіевскаго окружного суда разсматривалось дѣло кіевскаго жителя—мѣщанина Якова Захарченко, обвиняемаго въ братоубійствѣ. На скамьѣ подсудимыхъ явился благообразный, блѣдный мущина съ симпатичнымъ и робкимъ лицомъ. Обвиняемый былъ сильно взволнованъ и плакалъ. Исторія его заключается въ слѣдующемъ: въ прошломъ году 17 сентября отецъ обвиняемаго въ братоубійствѣ, Тимофѣй Захарченко, живущій по сосѣдству со своими сыновьями Яковомъ и Иваномъ, пригласилъ ихъ къ себѣ на вечеринку по случаю обрученія своей дочери. Братья Яковъ и Иванъ отправились на эту вечеринку со своими женами. Началось веселое препровожденіе времени: водки было выпито въ достаточномъ количествѣ. И вотъ во время радостной вечеринки, между Иваномъ Захарченко и тещей Якова Захарченко Ульяной Левченко возникла

ссора. Иванъ Захарченко, человѣкъ дерзкій и буйный, особенно во хмелю, не долюбливалъ тещи своего брата. Въ ссору сейчасъ-же вмѣшался Яковъ Захарченко, братья поспорили и сейчасъ-же затѣяли шумную драку. Гости, бывшіе на вечеринкѣ, развели, однако, разъяренныхъ братьевъ, и первое столкновеніе ихъ не имѣло серьезныхъ послѣдствій. Послѣ такого скандала старикъ Захарченко, отецъ разбушевавшихся братьевъ, предложилъ гостямъ разойтись. Погуляли довольно, выпили слава-Богу, сколько хотѣли, расходитесь по домамъ.. заявилъ старикъ и всѣ ему повиновались. Иванъ вышелъ вмѣстѣ съ своимъ братомъ Яковомъ, повидимому, уже успокоенный и не имѣвшій намѣренія продолжать ссору. Но тутъ, уже во дворѣ бабы начали, въ свою очередь, бунтовать, разжигая своимъ крикомъ и мущинъ. Жена Ивана начала ругать Якова Захарченко, его тещу, пошла опять перепалка... Вотъ въ это время Яковъ Захарченко выбѣжалъ изъ своей хаты съ палкой въ рукахъ, размахнулся хорошенько и однимъ ударомъ по головѣ свалилъ своего брата Ивана съ ногъ. Несчастный, не приходя въ сознаніе послѣ братскаго удара, вскорѣ умеръ. Вскрытіе показало, что смерть послѣдовала отъ остановки дѣятельности головного мозга, нажатаго громаднымъ кровоподтекомъ. Черепъ умершаго тоже оказался треснувшимъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Привлеченный къ отвѣтственности Яковъ Захарченко чистосердечно призналъ себя виновнымъ въ нанесеніи удара брату, но заявилъ, что самъ не знаетъ, какъ онъ рѣшился на это, видно сильно пьянъ былъ. На судѣ, со слезами на глазахъ, Яковъ Захарченко показалъ то-же, что и на предварительномъ слѣдствіи. Онъ сильно раскаивается въ неумышленномъ и нежеланномъ убійствѣ брата, съ которымъ жилъ дружно, похоронилъ его на свой счетъ и оплакиваетъ свой поступокъ до настоящаго времени. Отецъ убитаго и обвиняемаго явился на судъ тоже въ состояніи очень тревожномъ. Старикъ-калѣка не могъ стоять и давалъ показанія сидя. По его свидѣтельству, неумышленный убійца брата—хорошій, смирный и не злой человѣкъ. Убитый былъ куда грубѣе и буянилъ часто и частенько обижалъ брата, особенно во время нетрезваго состоянія. Всѣ остальные свидѣтели дали тоже хорошіе отзывы объ обвиняемомъ и неодобрительно отзывались о покойномъ, который всегда былъ готовъ завести какую-нибудь ссору. Обвиняемаго защищалъ присяжный повѣренный Извѣковъ. Послѣ рѣчей со стороны обвинительной власти и защитника, присяжнымъ засѣдателямъ было предложено три вопроса о степени виновности Якова Захарченко. По всѣмъ вопросамъ обвиняемый въ братоубійствѣ мѣщанинъ Яковъ Захарченко признанъ присяжными не виновнымъ. Оправданный былъ немедленно отпущенъ судомъ на свободу.

Газ. «Кіевл.» № 75 1896 г.

II. Варварское убійство матери.

Въ послѣднюю сессію Кіевскаго окружного суда по уголовному отдѣленію, съ участіемъ присяжныхъ засѣдателей въ г. Каневѣ разсматривалось дѣло крестьянина деревни Воли-Цезаровки, Каневскаго уѣзда, Мирона Алексѣенко-Лысенко, 35 лѣтъ, обвиняемаго въ варварскомъ убійствѣ родной матери. Алексѣенко-Лысенко, антипатичный на видъ человѣкъ; гуляка и пьяница, былъ мучителемъ своей семьи, постоянно истязалъ свою жену, а родную мать подвергалъ такимъ истязаніямъ, что несчастная женщина нерѣдко должна была по почамъ скрываться въ сараяхъ, или слоняться подъ плетнями сельскихъ хатъ. Въ прошломъ году 10 декабря Алексѣенко, напившись въ шинкѣ до безумія, явился ночью въ свою хату и началъ буйствовать. Прежде всего онъ избилъ свою жену, а затѣмъ бросился къ люлькѣ, пытаясь схватить своего трехмѣсячнаго сына, для того, чтобы выбросить его «на морозъ». За маленькаго внука, не взирая на страхъ передъ силой пьянаго сына, вступилась старуха-мать. Тогда злодѣй, въ полномъ умоизступленіи, набросился на свою мать, повалилъ ее на земляной полъ избы и началъ на ней танцевать. Злодѣй былъ обутъ въ тяжелые чоботы. Во время такой неистовой расправы свѣтъ въ избѣ потухъ, жена Алексѣенко Дарья, избитая и перепуганная, выбѣжала на дворъ и стала сзывать своихъ сосѣдей на помошь. Пока собрались люди, нашли старосту, сынъ успѣлъ уже сдѣлать свое ужасное дѣло. Всѣ лица, вошедшія въ хату Алексѣенко, увидѣли старуху-мать, лежащую безъ всякихъ признаковъ жизни, облитую кровью, на земляномъ полу. Сынъ спалъ уже въ развалку на нарахъ. Судебно-медицинское вскрытіе убитой открыло страшную картину. На бѣдной женщинѣ не было, какъ говорится, ни одного живого мѣстечка. Голова была разбита, грудь вся измята, 10 реберъ сломано, причемъ нѣсколько реберъ были раздроблены въ двухъ мѣстахъ. Смерть, по заключенію врача, произошла отъ тяжкихъ побоевъ, нанесенныхъ ногами и другимъ какимъ-то тяжелымъ орудіемъ. Цѣлый рядъ свидѣтелей удостовѣрили печальный фактъ матереубійства, причемъ нѣкоторые изъ нихъ сообщили о варварскомъ отношеніи Алексѣенко къ семьѣ. На судѣ, какъ и во время предварительнаго слѣдствія, крестьянинъ Миронъ Алексѣенко-Лысенко виновнымъ себя не призналъ. Онъ оправдывалъ свой ужасный поступокъ тѣмъ, что, 10 декабря вернувшись въ свою хату, былъ безчувственно пьянъ и совершенно не помнитъ своихъ поступковъ. Послѣ обвинительной рѣчи товарища прокурора О. Н. Патона, присяжные засѣдатели признали Лысенко виновнымъ въ матереубійствѣ, причемъ были такъ возмущены всей этой потрясающей исторіей, что на вопросномъ листѣ, рядомъ со словомъ «да, виновенъ», прописали «и не заслуживаетъ снисхожденія».

Послѣдняя фраза, впрочемъ, была зачеркнута. На основаніи вердикта присяжныхъ, судъ приговорилъ крестьянина Мирона Лысенко, по лишеніи всѣхъ правъ и преимуществъ, сослать въ каторжныя работы на 17 лѣтъ и 6 мѣсяцевъ съ послѣдствіями по 25 ст. улож. о наказ.

Газ. «Кіевлянинъ», 13 марта 1896 г.

Примѣчаніе. Оба приведенныя сейчасъ дѣла, несмотря на неодинаковое отношеніе къ нимъ присяжныхъ, въ сущности тождественны и не требуютъ психіатрическихъ коментаріевъ. Считаемъ необходимымъ указать только, что наклонность къ нанесенію тяжкихъ побоевъ, въ особенности нанесеніе ударовъ въ голову, составляетъ типическую черту алкоголизма, указывающую на параличъ чувства страха (см. выше стр. 48—49 и 51—52). Приводимъ также статистическую таблицу изъ сочиненія Бера, въ которой противъ каждаго преступленія показано въ % участіе алкоголизма, какъ причиннаго момента.

Убійство	46.1
Нанесеніе смертельныхъ побоевъ	63.2
Покушеніе на убійство	50.8
Грабежъ	68.8
Воровство	51.9
Тѣлесныя поврежденія	74.5
Поджогъ	47.6
Клятвопреступленіе	26.6
Изнасилованіе и распутство	60.2

(A. Baer. Die Trunksucht. Wien u. Leipzig. 1890. Pag. 44).

Нелишнимъ считаемъ упомянуть объ одномъ лично намъ извѣстномъ случаѣ, въ которомъ намъ пришлось дать экспертизу (въ распорядит. засѣд. Спб. Окр. Суда). Случай состоитъ въ слѣдующемъ. Рабочіе одной изъ фабрикъ кутили до 2-хъ часовъ ночи. Въ 5 часовъ утра они встали и пили чай, добродушно разговаривая. Одинъ изъ собесѣдниковъ сталъ глядѣть въ окно, заинтересованный чѣмъ то на улицѣ; другой въ это время взялъ въ руки небольшое полѣно и далъ понять остальнымъ товарищамъ, что онъ шутя ударитъ заглядѣвшагося на улицу товарища. Онъ нанесъ ему ударъ въ затылочную кость, послѣ чего вскорѣ послѣдовала смерть отъ пролома черепа. Невольный убійца былъ крайне удивленъ случившимся, такъ какъ по его мнѣнію онъ *чуть-чуть, совсѣмъ легонько* ударилъ товарища.

Въ данномъ случаѣ имѣла мѣсто анестезія мышечнаго чувства (см. выше стр. 45).

И. Сикорскій.

III. Звѣрское преступленіе.

4 дек. 1895 г. въ Кіевскомъ Окружномъ судѣ съ участіемъ присяжныхъ засѣдателей, подъ предсѣдательствомъ С. А. Нордштейна при членахъ суда А. Г. Жуковѣ и А. Т. Осиповѣ слушалось дѣло по обвиненію жительницы Труханова острова Маріи Мизюры, 66 лѣтней старухи, въ варварскомъ убійствѣ мужа, и мѣщанъ г. Кіева Мартына Исидорова 36 л. и Павла Исаева Ткаченко 76 лѣтъ въ принятіи мѣръ къ сокрытію преступленія. Приводимъ данныя, указанныя въ обвинительномъ актѣ.

24 іюня 1895 г. въ г. Кіевѣ владѣлецъ дома на Трухановомъ островѣ Станиславъ Эйсмонъ заявилъ полиціи, что наканунѣ, вечеромъ, въ озерѣ Труханова острова, около яхтъ-клуба, всплыли разсѣченныя части человѣческаго тѣла. Въ то-же время приставъ Подольскаго уч. получилъ заявленіе отъ проживающей на томъ-же островѣ кр. Марьи Мизюры, что ея мужъ Захаръ Мизюра въ понедѣльникъ утромъ 19 іюля отправился куда-то на своей лодкѣ и болѣе домой не вернулся. Старуха усердно, со слезами на глазахъ просила сдѣлать распоряженіе о розыскѣ исчезнувшаго мужа.

По осмотру судеб. слѣдователя 24 іюня всплывшихъ въ озерѣ около яхтъ-клуба частей человѣческаго тѣла, которыхъ ко времени прибытія слѣдователя всплыло еще три куска, оказалось, что первый кусокъ составлялъ среднюю часть грудной клѣтки, второй—нижнюю полость живота съ тазовыми костями. Эти части были завернуты, одна въ старый пиджакъ, другая въ штаны. Третій кусокъ представлялъ верхнюю часть груди съ внутренними органами, а 4 и 5—верхнія и нижнія конечности. Все это было уложено въ платокъ и два небольшихъ мѣшка, вмѣстѣ съ камнями-булыжниками и кускомъ кирпича.

По предъявленію Марьѣ Мизюрѣ одежды, платка и мѣшковъ, въ которые были завернуты всплывшія части трупа, она въ нихъ одежды своего мужа не признала, между тѣмъ, какъ вызванная изъ г. Кіева для опознанія этихъ вещей ея дочь Агафія тотчасъ-же узнала ихъ, по ея словамъ часть вещей принадлежала убитому отцу Мизюрѣ, а часть ея матери. Показаніе это въ связи съ объясненіемъ Павла Ткаченко, проживавшаго въ качествѣ жильца въ домѣ Мизюры, сообщившаго, что наканунѣ исчезновенія Мизюры, онъ съ женою и ея незаконнорожденнымъ сыномъ Мартыномъ Исидоровымъ пьянствовалъ, а затѣмъ дрался, дало основаніе произвести осмотръ усадьбы Мизюры, при чемъ во дворѣ дома на ножкѣ стола были усмотрѣны брызги крови, такая-же кровь каплями была найдена на косякѣ дверей сарая, пристроеннаго къ жилому дому Мизюры, въ лѣвомъ углу котораго земля оказалась разрыхленною на пространствѣ длины и объема человѣческаго тѣла средняго роста. При болѣе тщательномъ осмотрѣ земли на дворѣ д. Мизюры были обнаружены засыпанныя сверху чистымъ пескомъ два пятна отъ пропитавшей землю крови. Всѣ эти обстоятельства дали основаніе предполагать: 1) что части человѣческаго тѣла, извлеченныя изъ озера Труханова острова, представляютъ изрубленные куски трупа Мизюры, убитаго во дворѣ собственнаго дома, что и подтверждалось, когда всплыла въ томъ-же озерѣ человѣческая голова, въ которой всѣ знавшіе Мизюру тотчасъ-же его признали, и 2) что виновниками совершенія этого преступленія являются лица, проживавшія вмѣстѣ съ Мизюрой, поведеніе которыхъ послѣ исчезновенія Мизюры, до вре-

мени обнаруженія его изрубленнаго тѣла, было болѣе, нежели странно. Такъ пасынокъ его, Мартынъ Исидоровъ, старшій клепальщикъ въ мастерскихъ пароходнаго общества, получавшій болѣе 1½ руб. поденной платы, въ понедѣльникъ, 19 іюля, перестала являться на работу, оставаясь дома, пилъ водку, или куда-нибудь уходилъ и нисколько не тревожился отсутствіемъ своего отчима, даже тогда, когда стали всплывать куски тѣла, слухъ—о чемъ, очевидно, достигъ до него. Жена Мизюры—Марія только на 6-й день и то въ виду совѣтовъ своихъ сосѣдей, подала заявленіе объ исчезновеніи своего мужа; въ теченіе же всего этого времени пьянствовала, а когда были найдены всплывшія части трупа, завернутыя въ пиджакъ и брюки, она не признала одежды своего мужа. Проживавшій въ качествѣ квартиранта въ д. Мизюры Павелъ Ткаченко также не выражалъ удивленія по поводу исчезновенія Мизюры, не разспрашиваетъ объ этомъ ничего, не принимаетъ ничего для розысковъ исчезнувшаго и лишь принимаетъ участіе въ попойкахъ Маріи Мизюры и ея сына Мартына Исидорова. Всѣ эти свѣдѣнія были собраны полиціей и доложены слѣдователю 24 іюня, когда онъ пріѣхалъ на мѣсто происшествія; въ тотъ-же вечеръ ему-же было сообщено, что прибылъ на лодкѣ и высадился на берегъ отсутствовавшій цѣлый день Мартынъ Исидоровъ. Слѣдователь съ приставомъ пошли къ нему навстрѣчу. При видѣ ихъ Исидоровъ сказалъ: «пусть теперь сдѣлаютъ со мною что хотятъ, а я разскажу все, какъ было—мать моя убила отчима». А на вопросъ—чѣмъ убила? отвѣтилъ: «долбешкой» и указалъ это орудіе (большой деревянный молотъ), на которомъ оказались слѣды крови и нѣсколько волосъ, оставшихся въ трещинахъ молота. При предъявленіи этого молота Маріи Мизюрѣ, она упорно утверждала, что объ убійствѣ своего мужа ничего не знаетъ. Тогда былъ введенъ къ ней сынъ Мартынъ Исидоровъ. Онъ сказалъ ей: «все равно теперь уже, мама, сознайтесь, кто убилъ—я или вы!», и снова повторилъ: «я или вы?». Марія Мизюра, пристально смотря въ глаза сына, помолчала съ минуту, а затѣмъ рѣшительно ударивъ по столу рукой, сказала: «сознаюсь, я убила», а на вопросъ слѣдователя—гдѣ и за что?—отвѣтила: «въ прошлое воскресенье, ночью, спящаго во дворѣ, за то, что мучилъ меня 26 лѣтъ; на вопросъ: чѣмъ она разсѣкла трупъ, старуха достала съ подоконника ножъ и, подавая его, сказала, что разсѣкла трупъ при помощи этого ножа и молотка. Когда же ей было указано, что на ножѣ не видно слѣдовъ ударовъ молотка и что такимъ ножомъ невозможно перерубить кость человѣка, Марья Мизюра упорно молчала. Допрошенный по обстоятельствамъ дѣла Мартынъ Исидоровъ показалъ, что послѣдній разъ видѣлъ своего отчима вечеромъ 18 іюня, когда всѣ они пили водку, сидя за столомъ на дворѣ ихъ дома. Часовъ въ 9 вечера, онъ заснулъ тутъ-же на дворѣ, будучи

сильно пьянъ. Проснулся уже на разсвѣтѣ и пошелъ къ себѣ на чердакъ, гдѣ обыкновенно спалъ лѣтомъ. Тутъ, почувствовавъ боль глаза и переносья, онъ взглянулъ въ зеркало и замѣтилъ подбитыя мѣста и синяки. Когда это случилось—онъ не зналъ, но утромъ въ понедѣльникъ ему разсказалъ квартирантъ Ткаченко, что когда онъ упалъ и уснулъ на дворѣ, то отчимъ его подрался съ матерью и свалилъ ее на землю на него, а мать, при паденіи, должно быть, подбила ему глазъ и переносье, но онъ этого не чувствовалъ. Съ понедѣльника 19 іюня до среды, онъ никуда изъ дома не выходилъ и объ отсутствіи отчима не безпокоился, такъ какъ онъ часто отлучался изъ дому на рыбную ловлю. Въ среду была найдена у пристани Гинтовта лодка его отчима, и тогда онъ почелъ его погибшимъ. Лодки этой съ утра понедѣльника на мѣстѣ не было. Лишь 23 числа въ пятницу ему созналась мать, что убила отчима она, разсѣкла трупъ его на части, которыя сложила частью въ одежду его, а частью въ сшитые мѣшки и побросала въ озеро, возлѣ яхтъ-клуба. Его мать съ понедѣльника все время пила водку, чего прежде не дѣлала, онъ-же не ходилъ на работу вслѣдствіе того, что у него болѣли ноги отъ ревматизма, и былъ подбитъ глазъ и переносье.

Допрошенная Марья Мизюра, признавая себя виновною въ убійствѣ мужа, показала, что весь день 18 іюня она съ мужемъ, сыномъ и квартирантомъ Ткаченко гуляли въ своей усадьбѣ, и къ вечеру, между ея мужемъ и сыномъ произошла ссора, перешедшая въ драку, при чемъ мужъ побилъ и ее и сына и пригрозилъ совсѣмъ убить, на что она ему возразила, что прежде, нежели онъ ее убьетъ, она сама убьетъ его. Послѣ драки она ушла въ комнату и заснула. Сынъ легъ на дворѣ, Ткаченко ушелъ тоже спать въ пригребникъ, возлѣ котораго за столомъ они пьянствовали, а мужъ остался сидѣть за столомъ. Черезъ нѣсколько времени она вышла на дворъ и увидѣла, что и мужъ ея спитъ на землѣ, свалившись со скамьи, она снова вернулась въ комнаты, а когда на разсвѣтѣ уже услышала, что сынъ ея влѣзъ на чердакъ, гдѣ онъ всегда спитъ, то вышла на дворъ, взяла тутъ-же валявшуюся «чекуху» (деревянный молотъ) и ударила имъ два раза мужа по головѣ. Онъ даже не вскрикнулъ. Увидавъ, что мужъ ея мертвъ, она хотѣла скрыть его тѣло въ сарай, но трупъ показался ей слишкомъ тяжелымъ, тогда она раздѣла его до нага, окровавленное бѣлье и платье замыла, отсѣкла у трупа при помощи ножа и молотка голову и обѣ руки и послѣ этого оттянула трупъ въ сарайчикъ при домѣ и, прикрывъ смоченнымъ рядномъ, заперла сарай. Утромъ, когда Ткаченко и сынъ ушли изъ дома, она засыпала свѣжимъ пескомъ, оставшіяся возлѣ скамейки на землѣ лужи крови. Въ среду лишь, когда сынъ и Ткаченко уѣхали на рыбную ловлю, она разсѣкла въ сараѣ трупъ мужа на

части и, сложивъ ихъ вмѣстѣ съ камнями въ старые штаны и пиджакъ мужа, а остальное въ прочно сшитые мѣшки, въ нѣсколько пріемовъ перенесла останки мужа въ корзинѣ къ озеру.

Павелъ Ткаченко, объяснившій полиціи, что лодки Мизюры съ утра понедѣльника на ея обычномъ мѣстѣ не было, показалъ, что вечеромъ 18 іюня во время происходившей въ усадьбѣ Мизюры выпивки, въ которой и онъ принималъ участіе, Мизюра все время ссорился съ Исидоровымъ и женой. Когда уже совсѣмъ стемнѣло, онъ ушелъ спать подъ крышу погреба и задремалъ было, когда крикъ: «караулъ— ратуйте» заставилъ его снова выйти на дворъ. Тутъ онъ увидалъ, что Мизюра, свалилъ на землю Исидорова, а на него повалилъ свою жену, насѣлъ на нихъ и, нанося имъ удары кулакомъ, кричалъ «караулъ—ратуйте». Онъ, было, хотѣлъ оттащить его, но Мизюра пригрозилъ ему и онъ снова вернулся спать къ себѣ въ погребъ. Что происходило далѣе, онъ не знаетъ, такъ какъ крѣпко заснулъ и ничего не слышалъ; проснулся онъ передъ разсвѣтомъ, поѣхалъ на своей лодкѣ въ Кіевъ продать вѣники. Когда онъ шелъ по двору, то никого уже на дворѣ не было; вернулся назадъ изъ Кіева въ 6 часовъ утра и видѣлъ, что какъ у Маріи Мизюры, такъ и у Исидорова были синяки на лицѣ. Самого Мизюры дома не было, а была-ли на мѣстѣ его лодка, онъ не замѣтилъ. Въ среду ему сказали, что лодка Мизюры очутилась у пристани Гинтовта и онъ ѣздилъ за нею туда съ женой Мизюры. Какъ Марья Мизюра, такъ и Исидоровъ все время оставались дома до обнаруженія изрубленнаго трупа Мизюры. Лишь въ среду Исидоровъ ѣздилъ съ нимъ на лодкѣ на рыбную ловлю. Крики «ратуйте, спасите кто въ Бога вѣруетъ», несшіеся въ ночь на 19 іюня изъ усадьбы Мизюра, дѣйствительно слышали и посторонніе лица. Это удостовѣряли при слѣдствіи свидѣтели Гранковскій и Ходченко. Первый не опредѣлилъ времени, а второй точно опредѣлилъ часъ. Ходченко показалъ, что, сидя на берегу Днѣпра въ ночь убійства Мизюры, онъ слышалъ, какъ на Софійскомъ соборѣ пробило 11 часовъ, и минутъ пять послѣ этого отъ усадьбы Мизюры послышался крикъ: «ратуйте, спасите, кто въ Бога вѣруетъ», и черезъ нѣсколько моментовъ снова: ратуйте, спасите. Гранковскій-же говоритъ, что ему послышались крики, какъ-бы нѣсколькихъ мужскихъ голосовъ во время драки; крики неслись отъ стороны, гдѣ въ числѣ другихъ домовъ стоитъ и домъ Мизюры.

По осмотру всѣхъ частей тѣла, извлеченныхъ изъ озера, оказалось, что недостаетъ лишь праваго бедра. Края изрубленныхъ костей представляли гладкую поверхность, что свидѣтельствовало о силѣ ударовъ, которыми разсѣкались кости. По осмотру головы оказалось, что Мизюрѣ была нанесена въ голову тупымъ какимъ-либо орудіемъ два удара,

которымъ были раздроблены лѣвая височная часть и затылочная, а равно оказались выбитыми лѣвая и задняя часть основанія черепа, при чемъ выбитыя части черепа превращены въ осколки числомъ въ 26. Недостающая часть бедра была найдена 27 іюня послѣ того уже, какъ трупъ Мизюры былъ погребенъ. Дочь его Агафія взяла эту часть и похоронила въ ящикѣ, на берегу озера; когда этотъ ящикъ былъ выкопанъ, то въ немъ оказалась часть человѣческаго праваго бедра, завернутаго въ кусокъ рыболовной сѣти, такъ назыв. «тканки».

По показанію пом. пристава Гуминскаго, при осмотрѣ усадьбы Мизюры, такую тканку онъ видѣлъ въ погребнякѣ, гдѣ спалъ Ткаченко, при чемъ на тканкѣ той были пятна, какъ бы отъ крови, онъ не обратилъ тогда на это особаго вниманія, а когда спустя немного времени сталъ отыскивать эту тканку, то ея уже не оказалось.

Изъ показаній-же свидѣтеля Пасѣчника, сосѣда Мизюры, хорошо знавшаго какъ Мизюру, такъ и Ткаченко, видно, что Мизюра настоящихъ сѣтей для рыбной ловли, тканокъ, не имѣлъ, такъ какъ онъ былъ рыболовъ-любитель, а Ткаченко былъ настоящій рыболовъ, и у него были всякія сѣти, а въ томъ числѣ и «тканка». Всѣ допрошенные по дѣлу сосѣди Мизюры отозвались о немъ, какъ о человѣкѣ тихомъ, покойномъ и услужливомъ, а о Марьѣ Мизюрѣ, наоборотъ, отозвались, какъ о женщинѣ злой, вообще, а послѣ выпитой водки, становившейся задорной и буйной, подстрекавшей и сына къ ссорѣ и дракамъ съ отчимомъ; при чемъ въ дракѣ сына съ отчимомъ становилась на сторону перваго, вооружаясь при этомъ, не только палкой, но иногда и желѣзной кочергой.

Всѣ эти обстоятельства, въ связи съ неправдоподобными и противорѣчащими одно другому объясненіями Маріи Мизюры, ея сына Исидорова, Павла Ткаченко, дали полное основаніе предположить, что если Исидоровъ и Ткаченко и не принимали непосредственнаго участія въ убійствѣ Мизюры, то во всякомъ случаѣ знали объ этомъ и помогали Маріи Мизюрѣ скрыть слѣды преступленія. Въ виду чего Исидоровъ и Ткаченко были привлечены къ слѣдствію въ качествѣ обвиняемыхъ, но продолжали утверждать, что объ убійствѣ Мизюры они ничего не знали, а Исидоровъ объяснялъ, что отсутствіе отчима его не удивляло, такъ какъ вмѣстѣ съ нимъ исчезла и его лодка. Такое однако объясненіе Исидорова опровергнуто многими изъ допрошенныхъ по дѣлу свидѣтелей. Такъ—Милосова въ понедѣльникъ и во вторникъ, 19 и 20 іюня, приходила въ усадьбу Мизюры, просить его перевезти на своей лодкѣ вещи ея квартирантки; его самого дома она не застала, а лодку его она видѣла, стоящую на своемъ обычномъ мѣстѣ. Дребенко—во вторникъ, 20 іюня, вечеромъ мылъ на берегу Днѣпра посуду и видѣлъ Исидорова, какъ онъ

столкнулъ лодку Мизюры въ воду, вывелъ на глубокое мѣсто, за косу и куда-то уѣхалъ на ней.

Свидѣтель Пасѣчникъ—первымъ увидѣлъ лодку Мизюры, за пристанью Гинтовта въ среду, 21 іюня, и передалъ объ этомъ Маріи Мизюрѣ; наканунѣ-же онъ лодки этой еще не видѣлъ.

На основаніи фактовъ, изложенныхъ нами выше, скамью подсудимыхъ 7 декабря заняли Марія Мизюра, незаконный сынъ ея Мартынъ Исидоровъ и ихъ квартирантъ Павелъ Исаевъ Ткаченко. Марія Мизюра представляетъ типъ изможденной, измученной старухи, жизнь которой долго шла въ мракѣ невѣжества и нищеты. Желто-блѣдное лицо ея, покрыто безчисленными морщинами, съ блѣдными искривленными губами, по временамъ имѣетъ видъ не то тупости, не то холоднаго равнодушія ко всему, а по временамъ освѣщается дикой злобой, и старые глаза ея, окруженные красными вѣками, принимаютъ отталкивающее выраженіе. Тщедушная фигура подсудимой облачена въ неуклюжій арестантскій тулупъ, голова повязана бѣлымъ платкомъ, который еще рельефнѣе выдѣляетъ ея истощенное и некрасивое лицо. Рядомъ съ Маріей Мизюрой помѣщается старикъ Ткаченко, глуховатый, сѣдой, совершенно безучастный ко всему тому, что происходитъ вокругъ него. Ткаченко—рыболовъ-промышленникъ, доживающій свой неприглядный вѣкъ въ какой-то собачьей канурѣ, пригребникѣ. Тихій промыселъ развилъ въ немъ тупую сосредоточенность и молчаливость, которая нарушается только тогда, когда дряхлый организъ опивается рюмкой крѣпительнаго и вмѣстѣ съ тѣмъ разрушающаго напитка. Тогда въ старой лампѣ ярче вспыхиваетъ догорающее масло. Тогда Ткаченко, обыкновенно угрюмый, посмѣивается и говоритъ отрывочныя фразы глухимъ, надтреснутымъ басомъ... Обвиняемый Мартынъ Исидоровъ на видъ незлобный, безцвѣтный человѣкъ, съ испуганнымъ лицомъ, тихій, несмѣлый. На столѣ вещественныхъ доказательствъ лежитъ куча тряпья, служившаго для обматыванія частей тѣла убитаго Мизюры, орудія преступленія—громадная «долбешка», съ длинной рукояткой, употребляемая обыкновенно дровосѣками при раскалываніи суковатыхъ полѣньевъ, острый, какъ бритва топоръ крупнаго размѣра, кухонный тонкій ножъ и заржавленный молотокъ. Среди этой безобразной черной кучи ярко бѣлѣетъ препарированный черепъ несчастнаго Мизюры съ раздробленной височной костью, и куски суставовъ, перерубленныхъ съ такой ловкостью и силой, что кость въ отрѣзѣ кажется отполированной и не имѣетъ никакихъ зазубринъ. Залъ суда и его хоры были буквально переполнены публикой, съ живымъ интересомъ слѣдившей за судебной процедурой. Обвинялъ товарищъ прокурора К. Н. Подрѣзанъ, подсудимыхъ защищалъ, по назначенію, присяжный повѣренный В. К. Яхненко. Послѣ прочтенія обвинительнаго акта подсудимая Марія Мизюра

дала показаніе, нѣсколько разнящееся отъ показанія, даннаго на предварительномъ слѣдствіи. Сиплымъ, надорваннымъ голосомъ, размахивая тонкими руками, старуха открываетъ такія мрачныя страницы своей жизни, что у непривычныхъ людей кровь застываетъ въ жилахъ. Вотъ разсказъ ея, страшный разсказъ изъ области «власти тьмы». Она прибыла въ Кіевъ 40 лѣтъ тому назадъ. Нанялась у какого-то купца на Печерскѣ, ходила за коровами, а лѣтомъ ее посылали на Трухановъ островъ, гдѣ она сторожила скотъ. Жизнь шла бѣдно, невесело, вдали отъ людей и Бога, какъ говоритъ она. Нѣсколько лѣтъ спустя, переживши такой-же печальный, какъ и вся ея жизнь любовный романъ, Марія вышла замужъ и прожила съ первымъ мужемъ 11 лѣтъ, а затѣмъ послѣ перваго мужа, вышла замужъ за Захара Мизюру, который былъ значительно моложе ея. Сначала, пока Марія еще крѣпилась, могла по цѣлымъ днямъ мокнуть въ водѣ, вытаскивая плывущія бревна, могла рубить и пилить цѣлые дни дрова, жизнь шла кое-какъ. Покалачивалъ иногда мужъ подъ пьяную руку, но не особенно больно и не часто. Были и проблески даже маленькаго счастья, свою хатенку построили... Спустя 15 лѣтъ вѣрной супружеской жизни, разсказываетъ Марія Мизюра, мужъ сильно измѣнился. Началъ обращаться съ ней какъ съ вьючнымъ животнымъ, постоянно пилъ, такъ «знущался» надо мной, какъ хотѣлъ! Захаръ требовалъ отъ жены непосильной работы, весь заработокъ бралъ себѣ, уходилъ часто куда-то и прогуливалъ по нѣсколько дней. Такъ прошло 11 тяжелыхъ лѣтъ. *Злость и ожесточеніе* въ душѣ старухи возростали. Въ злополучное воскресенье, показываетъ дальше Марія, съ утра содомъ и попойка, Захаръ буянилъ, ссорился съ пасынкомъ, наконецъ, къ вечеру избилъ ихъ обоихъ. Сынъ упалъ на картофель и уснулъ, сильно опьяненный, Захаръ уснулъ, сидя за столомъ, стоявшимъ въ небольшомъ дворикѣ, и глухой Ткаченко полѣзъ въ свой пригребникъ и больше не показывался. «Какъ вышла я, заснувши, можетъ быть съ часъ, изъ хаты, да посмотрѣла на моего мучителя, такъ меня кто-то и подтолкнулъ—убей, да и кончено! Въ глаза бросилась долбеша. Толкаетъ меня къ ней кто-то, приказываетъ... Вотъ я ее взяла, да какъ стукну его по головѣ... Ну онъ упалъ и не пикнулъ, я еще разъ его ударила. Потомъ осмотрѣвшисъ, что никого нѣтъ, захотѣла я перетащить его въ сарайчикъ. Тяжелый очень былъ, здоровый такой, не могу! Тогда взяла я ножъ, хорошенько перерѣзала его пополамъ...

— Какъ-же вы могли перерѣзать его такимъ ножемъ?... спросилъ предсѣдательствующій.

— Ого, злобно улыбаясь, отвѣчаетъ подсудимая,—я мясо перерѣзала, а какъ дошло до спины, такъ я косточки и хрящики перерубила...

— Топоромъ порубили?

— Пускай будетъ и топоромъ, продолжаетъ подсудимая,—вотъ послѣ этого половины его тѣла я уже легко перенесла.

— Что-же вы прежде разсказывали, что голову отрѣзали и руки?

— Такъ... разсказывала.—До среды его держала въ сарайчикѣ подъ мокрымъ рядномъ. Мѣшочки шила, чтобы было во что уложить. Далѣе, Марія Мизюра разсказываетъ, какъ рѣзала своего мужа на куски и цинически поясняетъ, точно бравируя своимъ преступленіемъ:—трудно его порѣзать, что-ли!... Сначала нужно было тѣло обрѣзать, а потомъ кость перерубить, или изъ «суставчиковъ» вылущить... Онъ меня пятнадцать лѣтъ промучилъ, а я его уже разъ помучила, да хорошо... Мнѣ теперь лучше въ тюрьмѣ, чѣмъ прежде. Спокойно живу, никто меня не колотитъ, не издѣвается!... Подсудимая при этомъ всю вину принимаетъ на себя и не признаетъ никакихъ соучастниковъ при сокрытіи тѣла. Подсудимый Ткаченко, несвязными фразами, доказываетъ, что онъ ничего не зналъ, ничего не видѣлъ. Какъ убивали Захара—не знаетъ. Видѣлъ, что Захаръ, Мартынъ и Марія дрались ночью; хотѣлъ было вмѣшаться... Да испугался Захара, потому что онъ былъ сильнѣе всѣхъ и могъ ихъ всѣхъ избить. Ткаченко пошелъ въ свой пригребникъ и до утра спалъ. Мартынъ Исидоровъ показалъ, что съ своимъ отчимомъ онъ никогда не ссорился въ трезвомъ видѣ и вообще злобы къ нему никакой не питалъ. Объ убійствѣ отчима узналъ отъ матери только въ пятницу, это такъ потрясло его и такъ испугало, что онъ ночевать въ домѣ не могъ, взялъ лодку, поѣхалъ къ плотамъ и пробылъ возлѣ нихъ до утра. Когда появилась полиція, онъ немедленно далъ надлежащее показаніе. Послѣ объясненія, даннаго подсудимымъ, были вызваны и приведены къ присягѣ свидѣтели. Дочь Мизюры Агафья, молодая дѣвушка, допрашивалась безъ приведенія къ присягѣ. Свидѣтель Станиславъ Эйсмонъ, подтвердивши показаніе, данное на предварительномъ слѣдствіи, сообщилъ нѣкоторыя подробности о страшной находкѣ въ озерѣ. Озеро это, обросшее со всѣхъ сторонъ тростникомъ и лозой, находится недалеко отъ усадьбы Мизюры. Покойный Захаръ Мизюра, какъ слышалъ свидѣтель, жилъ со своей семьей неспорно. Вѣчно тамъ были ссоры и драки. Покойный жаловался ему на свою семью и на пасынка Мартына, часто выпивалъ и во хмелю былъ характера задорнаго и буйнаго. Свидѣтель Ходченко, сторожъ при дровахъ пароходнаго общества, сидѣлъ въ ночь убійства Мизюры на дворѣ. На софійской колокольнѣ ударило 11 часовъ. Нѣсколько минутъ спустя послѣ этого раздался крикъ со стороны усадьбы Мизюры «Ратуйте, спасите, кто въ Бога вѣруетъ». Крикъ этотъ вскорѣ повторился, и все затихло. Отъ усадьбы до дома Мизюры было около 300 саженъ. Но вечеръ былъ очень тихъ. Ходченко разсказываетъ, что хорошо зналъ покойнаго. Часто съ нимъ ловилъ рыбу удочками, вечеромъ вмѣстѣ сиживали надъ рѣкой. Захаръ

былъ, по словамъ свидѣтеля, человѣкъ очень «послушной», тихій и характера мягкаго. На вопросъ почему, услышавши крикъ, свидѣтель не побѣжалъ на помощь, Ходченко пояснилъ, что на трухановомъ островѣ всегда лѣтомъ собираются разные гости, напьются и непремѣнно драка начинается. Дерутся, кричатъ, а, если вмѣшаться вь такую драку, такъ ни за что влетитъ, да еще всѣ набросятся сразу. Страшно вмѣшиваться въ такія дѣла... Свид. Корсоноровъ былъ въ воскресенье у Мизюры, когда шла попойка. Между Мартыномъ и Захаромъ шла ссора изъ-за 40 рублей, которые укралъ у него покойный. Его въ этомъ обвиняли жена и пасынокъ. Мизюра кричалъ и грозилъ кулаками.—Ты, кричалъ онъ пасынку, пропадешь, и деньги твои пропадутъ! Въ понедѣльникъ зашелъ къ Мизюрѣ, но его не было дома. У Исидорова былъ сильно подбитъ глазъ, онъ на службу не хотѣлъ итти. У Маріи тоже глаза были подбиты. Разсказывали, что Захаръ избилъ ихъ обоихъ и при этомъ кричалъ въ насмѣшку: «ратуйте!» Мартынъ былъ старшимъ клепальщикомъ въ мастерскихъ пароходнаго общества, получалъ въ день 1 руб. 65 коп. Выпивши Исидоровъ очень ослабѣвалъ, а покойный Захаръ былъ очень силенъ, вооюще былъ «человѣкъ невыработанный».

Свидѣтель Тимофѣй Пасѣчниковъ, сосѣдъ Мизюры, пояснилъ, что Мизюра опредѣленной профессіи не имѣлъ. Рыбной ловлей занимался какъ любитель, настоящимъ-же рыболовомъ—промышленникомъ былъ Ткаченко, имѣвшій разныя снасти, сѣти, удочки и проч. Проѣзжая по Днѣпру, свидѣтель увидѣлъ лодку Мизюры, которая, очевидно, была прибита къ берегу теченіемъ рѣки. Вечеромъ жена сказала Пасѣчникову, что Захаръ Мизюра пропалъ гдѣ-то безъ вѣсти. Ну, стало быть, рѣшилъ Пасѣчниковъ, Захаръ утонулъ, а лодку прибило вѣтромъ къ берегу. Ѳедосья, жена свидѣтеля, была въ среду на базарѣ въ Кіевѣ, видѣла тамъ Ткаченко, который сообщилъ ей, что Мизюра уѣхалъ въ воскресенье и съ тѣхъ поръ нѣтъ его. Ѳедосья видѣлась также съ Маріей Мизюрой. Вотъ доловился сомиковъ!... говорили тамъ. Пропалъ человѣкъ безъ слѣда, еще выйдетъ какая напасть, скажутъ, что мы его убили... Ольга Милосова подробно сообщаетъ о томъ, какъ она отыскивала въ понедѣльникъ Мизюру, который былъ нуженъ ей для перевозки изъ Кіева вещей. Утромъ, въ понедѣльникъ, Милосова застала въ домѣ Мизюры двери запертыми, вечеромъ Мартынъ Исидоровъ и Ткаченко сидѣли на дворѣ, сказали, что Мизюра уѣхалъ куда-то. Милосова нѣсколько разъ приходила; разыскивая Мизюру, даже выбѣгала на берегъ и громко звала его, предполагая, что онъ гдѣ нибудь сидитъ и удитъ рыбу. Лодку Мизюры, однако, Милосова въ теченіе первыхъ трехъ или четырехъ дней со времени исчезновенія Мизюры видѣла на обычномъ мѣстѣ и хорошо это примѣтила. Жена Мизюры приходила къ Милосовой, жаловалась на

своего мужа и даже плакала... Свидѣтельница узнала объ убійствѣ Мизюры уже въ концѣ недѣли. Мартынъ Исидоровъ упрашивалъ ее, чтобы она дала показанія въ томъ смыслѣ, что видѣла, какъ мать его Марія убивала отчима. Просьбу свою Исидоровъ мотивировалъ желаніемъ побудить свою мать къ скорѣйшему сознанію. Милосова, конечно, отказалась выполнить подобную просьбу. Марія Тислева заявила, что по дѣлу объ убійствѣ Мизюры ей рѣшительно ничего не извѣстно. Дѣти ея, маленькій мальчикъ и дѣвочка, видѣли Марію Мизюру днемъ возлѣ того озера, гдѣ найдены останки убитаго. Мизюра, по разсказу дѣтей, ходила чего-то возлѣ этого озера съ небольшой корзинкой въ рукѣ. Приставъ Аѳанасьевъ и помощникъ его Гуминскій подтвердили на судѣ свѣдѣнія, добытыя на предварительномъ слѣдствіи. При этомъ приставъ Аѳанасьевъ сообщилъ о томъ, что заявленіе Эйсмона объ найденныхъ въ озерѣ кускахъ человѣческаго тѣла и заявленіе Маріи Мизюры были получены почти одновременно. Марія Мизюра, прося о розыскѣ неизвѣстно гдѣ исчезнувшаго мужа, проливала горькія слезы и казалась очень несчастной. Мартынъ Исидоровъ заявилъ ему, какъ указано въ обвинительноиъ актѣ, о томъ, что мать убила его отчима. Свидѣтеля, однако, поразило то обстоятельство, что Исидоровъ дѣйствовалъ на свою мать, какъ бы силой внушенія. Когда Марію Мизюру повели въ хату къ слѣдователю для допроса, Исидорову, передъ очной ставкой, было строго внушено, чтобы онъ ничего не говорилъ своей матери прежде, чѣмъ она дастъ свое показаніе, но Исидоровъ не выполнилъ этого, а, напротивъ, вошедши въ комнату, гдѣ сидѣлъ слѣдователь и стояла его мать, онъ немедленно обратился къ послѣдней, и строго глядя ей въ глаза внушительно сказалъ: мама, скажите, что это вы убили отчима. На словѣ «вы», Исидоровъ сдѣлалъ особенно сильное удареніе. Свидѣтель, осматривая усадьбу, гдѣ совершено было преступленіе, озеро, гдѣ оказались части убитаго Мизюры, хорошо ознакомился съ топографіей мѣстности. Озеро отъ хаты находится на разстояніи довольно значительномъ, шаговъ 300. Остатки Мизюры были перенесены туда въ отдѣльныхъ сверткахъ, или мѣшочкахъ, въ каждомъ изъ такихъ свертковъ были и булыжники, или кирпичъ вѣсомъ отъ 5 до 11 фунтовъ. Марія Мизюра казалась такой жалкой, безпомощной и слабой, что свидѣтель даже не допускалъ и мысли о томъ, что подобное сложное преступленіе могла совершить она одна, безъ всякой посторонней помощи. Вообще показанія Маріи Мизюры казались ему неправдоподобными. Когда, напримѣръ, ее спрашивали, какъ она могла изрѣзать человѣка такимъ небольшимъ и тонкимъ ножомъ, она взяла молотокъ и прибавила: я этимъ молоткомъ била по ножу и перерубывала... Вѣрнѣе топоромъ, замѣтили ей, на ножѣ нѣтъ слѣдовъ отъ молотка. Ну, пусть будеть, если хотите, и топоромъ, равнодушно отвѣтила преступница.

Дочь Мизюры Агафія, молодая дѣвушка, показывала очень оживленно и энергично. Она во время убійства отца жила въ Кіевѣ и узнала объ этомъ фактѣ только въ субботу. Агафья немедленно поѣхала на Трухановъ, прибѣжала къ озеру, а тамъ уже была полиція и куски тѣла были извлечены изъ воды. Когда ей показали пиджакъ, старый, прикрывавшій одну часть изрѣзаннаго человѣка, она сейчасъ узнала, что эта вещь ея отца. Пиджакъ этотъ Агафья недавно чинила и положила на немъ заплату, хорошо примѣтную. Про отца Агафья отзывается хорошо, онъ любилъ ее и иногда защищалъ отъ нападеній матери. А мать, разсказывала свидѣтельница, неизвѣстно, любила-ли кого нибудь. Всѣхъ ненавидѣла, а меня въ особенности. Въ трезвомъ видѣ мать, • Марія Мизюра, молчала и была обыкновенно угрюмой, но зато стоило ей немного только выпить, какъ характеръ ея страшно измѣнялся. Выпивши Марія Мизюра становилась жестокой, а выпивала она часто, вслѣдствіе чего жизнь дома была невыносимой. Когда Агафья и ея сестра были маленькими, положеніе ихъ было еще хуже. Иногда, выпивши, мать запиралась съ ними въ хатѣ, била, таскала за волосы, а затѣмъ приходила въ неистовство, хватала ножъ и начинала его точить, угрожая дѣтямъ, что сейчасъ начинаетъ ихъ рѣзать на кусочки. Такіе, впрочемъ, факты были рѣдки; въ большинствѣ случаевъ, запершись въ комнатѣ съ дѣтьми, Марія Мизюра заставляла ихъ раздѣваться до гола и сѣкла розгами... Когда Марія Мизюра пьянствовала, всѣмъ хорошо доставалась. Покойный отецъ, разсказываетъ дальше свивѣтельница, былъ гораздо добрѣе. Одно время совсѣмъ не бралъ въ ротъ водки. Четыре года не пилъ, потомъ началъ опять съ горя зашибать. Въ этомъ мѣстѣ показанія Агафіи, обвиняемая Марія Мизюра заволновалась, привстала съ своего мѣста и безсвязно заговорила:—била я васъ, била, потому, что вы были скверныя дѣти... Я васъ добру учила, чтобъ хорошо себя вели...

— Тогда и учили, отвѣчала дочь свидѣтельница, когда пьяны напивались... Вообще показанія родной дочери на мать и вполнѣ выяснившееся на судѣ ихъ враждебное, далеко не родственное отношеніе произвели удручающее впечатлѣніе. Свидѣтельница Кульженко дала показаніе, недурно характеризующее и преступницу Мизюру и Ткаченко. Ткаченко былъ обыкновенно молчаливый человѣкъ. Молчитъ, молчитъ и потомъ вдругъ скажетъ какую нибудь фразу. Такъ на слѣдующій день, послѣ исчезновенія Мизюры, Ткаченко перевозилъ на лодкѣ свидѣтельницу въ Кіевъ. Всю дорогу онъ молчалъ, а потомъ вдругъ засмѣялся и сказалъ: Хм... странный человѣкъ этотъ Мизюра... самъ бьетъ да еще и караулъ кричитъ!... Мизюра Марія жаловалась ей на свою судьбу, горько оплакивала погибель своего мужа. «Что я теперь буду несчастная дѣлать, причитала она: къ кому приклоню свою несчастную го-

лову?» Кульженко впослѣдствіи, когда уже Мизюра былъ найденъ и смерть его выяснилась, уговаривала подсудимую сознаться въ этомъ преступленіи.

— Господи, отвѣчала убійца, что я могу сказать объ этомъ, знаю я столько-же, сколько и ты...

Свидѣтельница Жозефина Вечерковская относительно убійства Мизюры ничего не знаетъ. Покойнаго Мизюру свидѣтельница аттестовала очень хорошо. По ея словамъ, это былъ человѣкъ тихій, очень услужливый, трудолюбивый. На работу является всегда охотно. Свидѣтельница не слышала, не взирая на близкое сосѣдство, чтобы Мизюра тиранилъ жену, или являлся вообше деспотомъ семьи. Павелъ Барановъ въ своемъ показаніи говорилъ объ обвиняемомъ Исидоровѣ. Исидоровъ былъ хорошимъ рабочимъ, въ денежныхъ разсчетахъ поступалъ добросовѣстно. Въ злополучное воскресенье Мизюра и Мартынъ Исидоровъ, къ которому онъ заходилъ по денежнымъ счетамъ, угощалъ его водкой и ухой изъ свѣжей рыбы. При немъ старикъ спорилъ съ пасынкомъ изъ-за какихъ-то денегъ. Захаръ Мизюра грозился поколотить Мартына. По мнѣнію свидѣтеля, и Захаръ Мизюра и Мартынъ Исидоровъ были люди не злобные, зналъ онъ ихъ всегда, какъ хорошихъ людей. Если и выпивали иногда, такъ съ кѣмъ такого грѣха не бываетъ.

Послѣ допроса свидѣтелей присяжнымъ засѣдателемъ было предложено осмотрѣть вещественныя доказательства, а также фотографическіе снимки съ усадьбы Мизюры, съ его трупа, сложеннаго немедленно послѣ извлеченія всѣхъ частей изъ воды. Вмѣстѣ съ тѣмъ былъ представленъ также рисунокъ двора, гдѣ находился простой столикъ и скамьи, возлѣ которыхъ былъ убитъ Мизюра. Послѣ небольшого перерыва товарищъ прокурора К. Н. Подрѣзанъ сказалъ обширную обвинительную рѣчъ, въ началѣ которой характеризовалъ положеніе обвинительной власти и защиты. Прежде всего, говорилъ обвинитель, нужно добиться правды. Нужно все выяснить, все по возможности предусмотрѣть. Если обвиняемые сознаются чистосердечно,—тогда и слѣдствіе не нужно, труднѣе постигнуть дѣло, если обвиняемые не сознаются, но еще труднѣе, когда изъ нѣсколькихъ обвиняемыхъ, одинъ сознается, принимаетъ на себя всю вину, а всѣ остальные запираются, какъ это происходитъ теперь. Марія Мизюра все признаетъ на себя. Въ этомъ мѣстѣ обвинитель яркими красками изобразилъ всю картину звѣрскаго преступленія, всю сложную процедуру убійства. Развѣ возможно допустить мысль, что подобное дѣло совершила одна дряхлая, безсильная старуха. Несомнѣнно, что всѣ виновны, и если не принимали участія непосредственно въ убійствѣ, то дѣятельно помогали въ сокрытіи преступленія. Мартынъ Исидоровъ, послѣ убійства отчима, какъ видно изъ показанія и дѣла, боялся быть дома, его мучали угрызенія совѣсти, онъ, обыкновенно аккуратный работникъ, цѣлую недѣлю не ходилъ въ мас-

терскія. Преступленіе, совершенное Маріей Мизюрой, Исидоровимъ и Ткаченко, кромѣ Божьяго суда, требуетъ еще суда человѣческаго, оно должно быть строго наказано, этого требуетъ и тотъ, закончилъ свою рѣчь обвинитель, чей черепъ въ настоящее время лежитъ передъ вами. Защитникъ В. К. Яхненко, главнымъ образомъ настаивалъ на оправданіи Ткаченко и Исидорова. Марія Мизюра существо не нормальное, показанія ея родной дочери, относящейся къ ней такъ недоброжелательно, можетъ уже показать, какова была степень вменяемости преступницы во время убійства. Является только непонятнымъ, почему обвиняютъ Исидорова и Ткаченко, безъ основательныхъ уликъ, только въ виду того, что Марія Мизюра одна не могла совершить всего дѣла. У людей ненормальныхъ въ минуту особаго возбужденія развивается иногда прямо сверхъестественная сила. При томъ у Маріи было слишкомъ двое сутокъ времени для выполненія ея задачи. Какое участіе въ этомъ дѣлѣ могъ принимать, напримѣръ, Ткаченко, человѣкъ 73 лѣтъ, уже отжившій, глухой, безучастный ко всему. Защитникъ просилъ оправданія также и Исидорова, человѣка незлобнаго, робкаго и тоже неспособнаго къ такому ужасному преступленію. Въ послѣднемъ своемъ словѣ Марія Мизюра съ ожесточеніемъ замѣтила, дѣлая рѣшителъный жестъ рукой. —Что тамъ говорятъ, что я не могла одна его порубить. Да я тогда такая была, такая... что черта даже изрубила-бы, если-бы онъ мнѣ попался! Ткаченко, своимъ обычнымъ хриплымъ басомъ, безсвязно пояснилъ, что онъ и сномъ и духомъ ни въ чемъ невиноватъ. Исидоровъ еще разъ сказалъ, что къ отчиму онъ никога никакого зла не питалъ, а на службу не ходилъ именно потому, что ему было очень совѣстно являться съ подбитыми глазами.

На разрѣшеніе присяжныхъ засѣдателей были предложены три вопроса. Первый вопросъ: виновна-ли крестьянка Марія Мизюра въ томъ, что въ состояніи раздраженія, послѣ ссоры, убила своего мужа; второй и третій вопросъ относились къ Мартыну Исидорову и Павлу Ткаченко, при чемъ присяжнымъ было предложено рѣшить, виновны-ли эти лица въ активномъ участіи для сокрытія преступленія Маріи Мизюры. Присяжные два раза выходили изъ комнаты совѣщанія съ просьбой выяснить по существу вопросы, относящіеся къ Ткаченку и Исидорову. Затѣмъ послѣ продолжительнаго совѣщанія вынесли вердиктъ, по которому Марія Мизюра признана виновной, а Ткаченко и Исидоровъ—нѣтъ. На основаніи вердикта присяжныхъ судъ опредѣлилъ: Марію Мизюру, по лишеніи всѣхъ правъ и преимуществъ, сослать въ каторжныя работы срокомъ на 11 лѣтъ. Ткаченко и Исидоровъ признаны по суду оправданнымн и немедленно освобождены изъ-подъ стража.

«Кіевлянинъ» №—339—341—1895 года.

Примѣчаніе: Психіатрическія разъясненія, касающіяся приведеннаго дѣла см. выше стр. 54—55.

Въ дополненіе къ первымъ двумъ изъ приведенныхъ выше случаевъ присоединяемъ слѣдующую краткую замѣтку, заимствованную нами изъ № 6034-го газеты «Новое Время».

IV. Пьянство избивающее младенцевъ.

Страшное, изъ ряду вонъ выходящее преступленіе, совершившееся въ ночь на 12-е декабря въ Петербургѣ, заставило похолодѣть много человѣческихъ сердецъ и вызвало крупныя слезы на глаза, отвыкшіе плакать. Чудовищное разстрѣливаніе младенцевъ бѣшенымъ и безумно пьянымъ отцомъ въ то время, когда мать этихъ дѣтей, пощаженная пулей, въ смертельномъ ужасѣ пряталась за дверью, не поддается описанію. Несчастная трехлѣтняя дѣвочка, во снѣ получившая уже пулю убійцы, проснулась и простирала руки къ тому-же убійцѣ, затѣмъ только, чтобы получить вторую пулю, а рядомъ еще ничего не понимающій, еще не лепечущій даже младенецъ, въ глубокомъ снѣ, ожидалъ только своей очереди быть звѣрски разстрѣленнымъ! Это-ли не звѣрь?

Оффиціальное полицейское сообщеніе, никогда не волнующееся, и на этотъ разъ безучастно докладываетъ: убитую дѣвочку отправили въ покойницкую, смертельно раненаго въ животъ младенца, съ слабыми признаками жизни, въ больницу, а преступника—въ пріемный покой, такъ какъ онъ оказался въ припадкѣ бѣлой горячки. Ему послали доктора!.. Ужасная это вещь бѣлая горячка, продаваемая каждому желающему въ кабакѣ! И передъ трупами этихъ новыхъ иродовыхъ младенцевъ, убитыхъ безуміемъ человѣческимъ, развѣ мы не въ правѣ спросить: гдѣ напился этотъ человѣкъ до безумія? Кто принялъ отъ него въ закладъ его Божій разумъ, его человѣческую совѣсть, и затѣмъ, получивъ свои барыши съ того и съ другого, не удержалъ его безумную руку, направленную на его собственныхъ дѣтей? Вѣдь этотъ-то человѣкъ кабатчикъ, трактирщикъ, или кто-бы онъ ни былъ, навѣрное былъ настолько трезвъ, чтобы понимать весь вредъ для общества, могущій произойти отъ остраго безумія, отравленнаго имъ пьяницы. Уничтоженіе въ народѣ права быть пьянымъ, вотъ та нравственная, политическая задача, на которую слѣдовало-бы обратить вниманіе лучшимъ силамъ страны, ея благороднѣйшимъ дѣятелямъ и, наконецъ, самой власти... Водка не только разбила русскую семью, не только подорвала всякую власть въ народѣ и всякое уваженіе ко всему, чѣмъ живы культурные люди, но уже стрѣляетъ по невиннымъ младенцамъ, сама вѣроятно находя, что надо-же какимъ нибудь образомъ обратить на себя вниманіе

и заставить обуздать безуміе пьянства! Конечно, какъ ни чувствуемъ мы себя взволнованными теперь, но холодный разумъ все-же подсказываетъ, что достигнуть этого сейчасъ же дѣло не мыслимое. Мы слишкомъ долго жили за счетъ этого недуга и выздоровленіе наше пойдетъ не быстро, однако оно можетъ начать итти, и это сейчасъ же.

ОТДѢЛЪ III.

Психіатрическая хрестоматія.

Записки больныхъ, страдающихъ нервными и психическими болѣзнями, нерѣдко содержатъ въ себѣ рядъ цѣнныхъ данныхъ касательно болѣзненнаго самочувствія и могутъ служить къ пополненію нашихъ знаній по симптоматологіи болѣзней. Подчасъ записки больныхъ отличаются выдающейся живостью, художественностью и непосредственностью описанія. Собирая издавна замѣтки и записки больныхъ, мы успѣли въ этомъ убѣдиться. Наиболѣе цѣнны описанія образованныхъ людей, въ особенности такія, которыя написаны въ періодѣ предвѣстниковъ болѣзни, когда субъектъ еще владѣетъ всѣми своими способностями и является болѣе или менѣе объективнымъ наблюдателемъ происходящихъ въ немъ перемѣнъ.

Записки больныхъ можно сравнить съ фотографіями или съ гистологическими препаратами, которые могутъ имѣть значеніе не только для даннаго изслѣдователя и въ данное время, но—и въ будущемъ для позднѣйшихъ изслѣдованій. Въ этомъ отдѣлѣ мы предполагаемъ собрать не только то, что болѣзненно, но и то, что необычно, исключительно т. е. психологическія *morbosa,* а также *rara et curiosa.*

Ред.

I.

Больной 28 лѣтъ, образованный человѣкъ, предавался злоупотребленію спиртными напитками съ ранней юности. Записка исписана имъ въ періодъ выздоровленія отъ остраго алкогольнаго бреда.

Господинъ Профессоръ!

Вотъ все, что я помню хорошо, что со мной было по настоящее время, 1, видѣніе или галюцинація случилась на первой недѣлѣ поста. Проснувшись ночью, около часа по полуночи, я увидѣлъ, что комната полна какихъ то фантастическихъ людей, которые пляшутъ, подходятъ ко мнѣ, дѣлаютъ различныя гримасы, изъ маленькихъ дѣлаются великанами, одѣтые въ маскарадные костюмы, и гдѣ много разныхъ украшеній, золота, серебра и оружія, которымъ мнѣ грозили. Сначала я очень удивился, но это удивленіе было пріятное, такъ какъ я никогда не вѣрилъ ни во что сверхъестественное; я началъ размышлять и почему-то подумалъ, что моя хозяйка имѣетъ волшебный фонарь, который мнѣ приходилось видать въ дѣтствѣ, но этотъ гораздо лучше. Это—родъ панорамы, видъ венеціанскихъ праздниковъ, но только все—живое, все выходитъ въ кухню, гдѣ слабо горѣла лампа. А въ той комнатѣ, гдѣ я лежалъ, былъ полумракъ, но здѣсь и были скелеты человѣка—родъ смертей, которые рисуютъ на картинкахъ. Я ихъ не боялся и сталъ стараться поймать ихъ рукой, даже вставалъ съ постели; но тогда они пропадали и снова показывались; ощупать ихъ было нельзя, такъ какъ я ловилъ воздухъ. Въ этихъ-же фигурахъ я видѣлъ уже, передъ концомъ у дѣтей хозяйки и ее самую; тогда ужъ я не сомнѣвался, что это все дѣлаютъ они; я пробовалъ подсмотрѣть, но мнѣ это не удавалось, хотя я былъ убѣжденъ, что въ кухнѣ что то они дѣлаютъ, стараются принимать такія позы, которыя отражаются. Показывали мнѣ нѣсколько картинъ въ золотыхъ рамахъ и образа въ дорогихъ ризахъ, разныя фигуры разноцвѣтныя. Потомъ одна изъ женскихъ фигуръ стала около стѣнныхъ часовъ и маятникомъ стала издавать звуки пѣнія, пропѣла нѣсколько пѣсенъ пріятнымъ голосомъ; я все это время сидѣлъ на кровати и смотрѣлъ до шести часовъ. Когда хозяйка проснулась, я сталъ просить ее показать мнѣ тотъ фонарь, которымъ хотѣла напугать меня. Она была удивлена моимъ разсказомъ, но я всетаки долго ей не вѣрилъ. Потомъ въ спинкѣ дивана, на которомъ я спалъ—она чернаго цвѣта—мнѣ представилось—большія залы, гдѣ танцуютъ, а также видѣлъ тамъ и себя; картины мѣнялись; изъ нихъ хорошо помню—

на кровати лежали три хорошенькія женщины и показывали свои прелести самымъ недостойнымъ образомъ... Къ вечеру этого дня я, конечно, убѣдился, что фонаря никакого нѣтъ, но вообразилъ почему-то, какъ это случилось, не помню—вѣроятно черезъ спинку дивана, въ которой мнѣ часто стали показываться разныя фигуры,—кь вечеру уже при лампѣ, сидя на диванѣ, я былъ убѣжденъ, что съ нами живутъ люди, которые исповѣдуютъ вѣру сатаны и что будто бы родился антихристъ и думаетъ бороться съ Богомъ. А какъ это, я догадался позднѣе, эти всѣ фантастичные люди снова появлялись и стали объяснять и соблазняютъ меня выдти въ дверь, такъ какъ у нихъ все хорошіе. Но тутъ я вижу около часовъ стоитъ старичекъ и читаетъ, вѣроятно, по книгѣ молитвы, плачетъ и умоляетъ, чтобъ не соблазниться, такъ какъ въ это время показалась дѣвушка въ окнѣ и звала къ себѣ, но вела себя прилично и кажется плакала, потому что я не рѣшался, остальные же лица соблазняли меня всѣми силами. Старикъ, къ которому я подходилъ, (такъ какъ онъ былъ закрытъ пальтомъ моего хозяина), онъ мнѣ сказалъ, что утромъ прійдетъ и меня спасетъ.

Я, кажется, подъ утро уснулъ, но рано по утру разбуженъ былъ часами, которые говорили: вставай скорѣй, и пойдемъ со мной. Я понялъ, что старикъ сидитъ въ часахъ и говоритъ со мной; онъ велѣлъ мнѣ подмести комнату, стереть пыль, послать постель. Въ это время хозяева тоже встали и удивленно смотрятъ на меня и просятъ этого не дѣлать, а старикъ, который говоритъ со мной посредствомъ маятника часовъ, велѣлъ мнѣ помолиться, заплатить хозяйкѣ, собрать вещи и идти, а онъ выйдетъ изъ часовъ и догонитъ меня. Отъ хозяевъ это я все скрываю, что говорю съ часами; они удивились и просили остаться. У меня не доставало заплатить за квартиру 3 руб., но часы сказали, иди такъ, я выйду и заплачу. Я съ вещами иду по улицѣ и думаю, что онъ меня догонитъ, какъ вдругъ возлѣ одного большого дома слышу голосъ: *иди сюда! иди сюда!* голосъ тотъ же, который говорилъ маятникомъ. Я осмотрѣлся и вижу, что въ одномъ окнѣ вентиляція такъ устроена, что издаетъ эти звуки; почему-то явилось убѣжденіе, что мой другъ—старикъ здѣсь квартируетъ [1]). Вхожу въ домъ и прошу указать мнѣ ту квартиру, въ которой вентиляція, они говорятъ, что квартиру нанялъ какой-то господинъ, и сейчасъ его нѣтъ дома, но ключъ у нихъ и квартира еще безъ мебели и не вымыта. Я почему-то сталъ требовать, чтобъ ее отперли; мнѣ въ этомъ отказали, — вѣроятно мои требованія были странны. Узнавши квартиру, я дернулъ дверь, и вентиляція заговорила: *войди! войди!* я употребилъ силу, такъ что сорвалъ задвижку изнутри и замокъ внутренній. Мнѣ думалось, что тамъ кто нибудь изъ семьи

---

[1]) Т. е. живетъ,—занимаетъ квартиру.

моего друга нуждается въ помощи. Когда я уже взошолъ, то моимъ глазамъ представилась пустая квартира, 5 комнатъ, я сталъ ждать друга, который, думаю, нанялъ ее и ушолъ куда нибудь. Хозяинъ же этого дома послалъ за полиціей, такъ какъ безъ его права я вломился въ квартиру. Я, помню, курилъ тамъ и былъ убѣжденъ, что мой другъ скоро придетъ. Пришла полиція и попросила меня въ участокъ. Я тамъ сначала говорилъ все такъ, какъ было, но потомъ, почему-то, понялъ, что надѣлалъ глупостей. Составили актъ и послали за моимъ хозяиномъ, откуда я ушелъ. Когда я раздѣлался съ полиціей, то все таки, хотѣлъ ходить по улицамъ и искать этого старика, но хозяинъ уговорилъ вернуться домой, отдохнуть. Я такъ и сдѣлалъ, остался дома. Послѣ обѣда отправился на вокзалъ и получилъ письмо отъ сестры съ кондукторомъ и чувствовалъ себя нормально, но къ вечеру сталъ опять бояться видѣній. Когда легъ спать, не могъ спать, сталъ видѣть опять разныя видѣнія, которыя плясали и нѣсколько чертей въ образѣ скелета. Тогда часы снова заговорили, что меня ночью убьютъ, и поэтому я долженъ ночевать гдѣ—нибудь не дома. Онъ назвался другомъ и говоритъ—иди домой ко мнѣ, я тебя догоню. Я ходилъ раза три, но онъ почему то не догонялъ меня и я воротился домой; но потомъ, озябнувъ и отъ друга не добившись толку, рѣшился лечь и постараться заснуть. Но онъ продолжалъ меня гнать домой къ себѣ и давалъ адресъ слѣдующій: на Фоминской улицѣ, домъ Николаева, спросить кого нибудь. Я рѣшился снова одѣться, взялъ извощика и поѣхалъ искать, но сколько ни ѣздилъ, не нашелъ этого дома и рѣшился ночевать на вокзалѣ. Швейцару сказалъ, что не нашелъ знакомаго, поэтому поищу завтра пораньше. Легъ на диванъ, но всетаки уснуть не могъ, чувствовалъ ознобъ, наконецъ чувствую, что мимо меня проходитъ та дѣвушка, которая принадлежала къ сектѣ сатаны; проходитъ мимо меня и садится на диванѣ въ углу и начинаетъ выкликивать мое имя и фамилію на распѣвъ и пѣть разныя вульгарныя пѣсни, въ это время она объ столъ настукивала въ тактъ ножемъ. Мнѣ казалось, что она хочетъ заставить меня подойти къ ней, но я къ ней не чувствовалъ ничего, кромѣ жалости и досады. Такъ какъ мѣсто было неудобное для объясненія, я всталъ, одѣлся, такъ какъ пальтомъ былъ прикрытъ, а вещи другъ мой велѣлъ взять—чемоданъ и подушка съ одѣяломъ. Я хотѣлъ уйти, она начинаетъ кричать на распѣвъ: «Павелъ Павловичъ [1]) уходитъ, бросаетъ меня»; беретъ ножъ и начинаетъ рѣзать имъ свое платье, которое показалось мнѣ нарядным ъ. Я тогда, ожидая чего нибудь хуже, взялъ свои вещи и пошелъ, но не въ тѣ двери, въ которыя взошолъ—онѣ были запертыя, вышелъ въ тѣ, которыя на платформу, и пустился бѣжать, такъ какъ слышались крики.

---

[1]) Имя измѣнено нами (Ред.)

Я ждалъ скандала. Обогнувъ отъ вокзала уголъ, по рѣкѣ я выскочилъ въ переулокъ, который ведетъ къ моей квартирѣ, пересѣкая прямую улицу отъ вокзала, по которой, казалось мнѣ, она бѣжала. Въ переулкѣ я остановился и вижу, что въ концѣ переулка ее поймали два человѣка и держатъ. Она много разъ вырывалась и направлялась въ мою сторону, они ее поймали, начали бить, но она ихъ уговорила не вести ее въ участокъ, а что она лучше утопится, такъ какъ около нихъ образовалась вода, которая омывала изгородь. Они, какъ мнѣ кажется, согласились и пустили. Она бросилась въ воду и начала плавать, нырять, мочить волосы и, какъ видно мнѣ, старалась захлебнуться, но не могла, такъ какъ это была лужа. Но около изгороди было глубоко, она туда направилась и такъ легко нырнула подъ изгородь, что выскочила въ садъ и побѣжала. Будочникъ, какъ видно, дожидался, пока она утонетъ, но когда увидѣли, что она ихъ обманула, побѣжали за ней, я же поспѣшилъ домой. Когда пересекъ вокзальную улицу, оглянулся и увидѣлъ, что въ этой лужѣ 4 человѣка съ фонарями ищутъ утопленную. Я остановился не далеко около своей квартиры перевести духъ, такъ какъ скоро бѣжалъ. Меня остановилъ городовой, какъ мнѣ показалось, выпивши, и говоритъ, куда бѣгу, откуда и, показавъ на ищущихъ [1]), спросилъ, что это значитъ. Я ему солгалъ, такъ какъ боялся, что онъ меня арестуетъ и сказалъ, что только сейчасъ пріѣхалъ съ поѣздомъ. Онъ сказалъ, что поѣзда въ это время не приходятъ. Я сказалъ, что пріѣхалъ съ тяжелымъ поѣздомъ, такъ какъ выгоднѣе; онъ, всетаки, мнѣ показалось,—меня заподозрилъ. Прихожу домой, разсказываю все хозяину, который смѣется. Я не раздѣваясь ложусь спать, такъ какъ жду, что меня сейчасъ арестуютъ какъ причастника этому несчастію. Но уснуть не могъ, такъ какъ начались опять видѣнія, но только безъ чертей. Сталъ чувствовать, что она меня отыщетъ. Потолокъ сдѣлался какъ голубое небо, и эта дѣвушка показалась въ немъ съ кинжаломъ, который хотѣла бросить въ меня. Я началъ вѣрить въ дѣйствителность, такъ какъ она начала показываться повсюду, куда бы я ни посмотрѣлъ. Я бросился на кровать къ хозяину, начинаю его умолять спасти меня, онъ не вѣритъ и смѣется, но все-таки старается успокоить меня. Но она не переставала преслѣдовать меня. Наконецъ дошло до того, что хозяинъ съ рабочимъ, который у него шьетъ, (такъ какъ мой хозяинъ портной), связали меня и положили на полъ и накрыли пальтомъ и подушкой. Но и черезъ эти вещи я все видѣлъ. Тогда я рѣшился покориться своей участи,—что и часы совѣтовали; я попросилъ себя раскрыть и со связанными руками и ногами сѣлъ. А эта особа изъ—подъ занавѣски кровати начала мнѣ показывать, что она думаетъ сдѣлать со мной: она дер-

---

[1]) Утопленницу. (Ред.)

жала родъ меча, взмахнувшись на меня. Съ ней тамъ была сестра и собака. Сестра подавала поочереди всѣ мои внутренности, и та мнѣ ихъ показывала, зло улыбаясь, и ими кормила собаку. Передъ этимъ она была въ голомъ видѣ, безъ одной руки, какъ я догадывался, руку отняли, когда ее вытаскивали изъ воды; въ желудкѣ у ней былъ вырѣзанъ кусокъ тѣла въ блинъ и виднѣлся зачатокъ ребенка. Изъ этого я понялъ, что она хочетъ убить меня, спасти ребенка и самой умереть. Я сталъ совѣтовать, чтобъ она этого не дѣлала, чтобъ осталась жить ради ребенка. Она имѣла любовника, который ее соблазнилъ подарками, а меня полюбила истинно; но такъ какъ я ея не люблю и будто бы обидѣлъ ее на вокзалѣ, то я долженъ умереть. Я рѣшаюсь умереть, такъ какъ она держитъ мечъ надъ моей головой; но по совѣту часовъ начинаю доказывать всю глупость ея поступка и соглашаюсь жениться. Она и этого не хочетъ. Я, чувствуя себя правымъ, предлагаю ей отмстить мнѣ благороднымъ образомъ—то есть фехтоваться на сабляхъ. Она стала на кровать и начала цѣлить мнѣ въ грудь, но другъ Коля, какъ себя назвалъ, говорилъ мнѣ, когда нужно привстать, когда присѣсть [1]). Эта процедура продолжалась около 4 ч., начиная съ утра. Но, какъ видно, она не хотѣла меня ранить, потомъ она ушла, звала къ себѣ и показывала свои синяки и соблазняла разными пакостями уже черезъ спинку дивана. Потомъ къ вечеру я собрался прогуляться, а часы пѣть начали, но мнѣ сказали, что это *дѣлаемъ мы* т. е. мои знакомые въ Курскѣ, которые собирались отмстить мнѣ ужаснымъ образомъ и сказали, чтобъ я шелъ на Крещатикъ [2]) погулять и что буду проходить около одного дома и увижу своего отца и брата. Такъ и случилось, что они говорили мнѣ на воздухѣ около одного дома. Я услышалъ игру на роялѣ, остановился и видѣлъ отца, брата и еще многихъ. Прихожу домой, они уже начинаютъ говорить со мной черезъ часы и говорятъ, что у нихъ или они у знакомыхъ и будутъ со мной говорить и разсматривать меня, но мучить уже не будутъ. Такъ и случилось; я хотя и не видалъ лицъ, но узнавалъ всѣхъ даже голоса, или если не голоса, то кто что дѣлаетъ. Науськали меня мысленно отвѣчать, начали сначала говорить обо всемъ, желали узнать мои воззрѣнія и взгляды на жизнь, потомъ стали показывать голыхъ женщинъ. Онѣ дѣлали разныя позы, и я убѣжденъ, что онѣ всѣ дѣйствительно раздѣвались, а головы закрывали. Такъ какъ я просилъ, онѣ не соглашались, но я не раздражался. Они начали показывать разныя пакости мужчинъ и женщинъ, но это были, вѣроятно, карточки. Потомъ начали дѣлать мнѣ дерзости, начали

---

[1]) Т. е. видимо рѣчь идетъ о томъ, что другъ Коля руководилъ имъ *въ борьбѣ*, подавая совѣтъ когда сѣсть когда привстать. (Ред.).

[2]) Улица въ Кіевѣ. (Ред.).

говорить, что они знаютъ всю мою жизнь, разсказывали про такія вещи— которыхъ кромѣ меня никто даже не знаетъ. Потомъ начали меня мучить, говорить глупости, и что они доведутъ меня до смерти, и сведутъ съума. Когда я почувствовалъ сильную дрожь и разстройство желудка—это было около 2 ч. ночи—я вскочилъ и пошолъ въ участокъ, сталъ просить его, чтобы онъ прислалъ доктора, такъ какъ я за себя не ручаюсь. Онъ записалъ мое заявленіе. Они говорили со мной всю дорогу и въ полиціи орали все: *иди домой! иди домой!* показывали чертей, такъ что въ моихъ самыхъ глазахъ черти плясали, когда я хотѣлъ зажмурить глаза. Потомъ въ окно видѣлъ разныя фигуры; на утро вернулся домой, но спать не могъ; они показывали разныя вещи въ моихъ глазахъ, которыя я закрывалъ, такъ какъ не спалъ много ночей.

II.

Больной 37 лѣтъ, мастеровой, заболѣлъ острымъ алкогольнымъ бредомъ во второй разъ. Записка больнаго написана въ формѣ письма.

Ваше Высокоблагородіе,

Милостивый Государь,

Г-нъ Докторъ!

Вы желаете узнать первую мою болѣзнь, которая произошла во мнѣ вслѣдствіе употребленія большого количества водки.

Я работалъ въ улицѣ въ домѣ у капит., гдѣ зарабатывалъ до пятидесяти руб. въ мѣсяцъ. Вслѣдствіе хорошаго заработка, каждый день послѣ шабаша, я уходилъ въ трактиръ или въ погребъ, случалось и въ портерную, откуда и выходилъ пьянымъ. Послѣ продолжительнаго пьянства водка мнѣ опротивѣла, и я пересталъ ее пить, послѣ этого я почувствовалъ въ себѣ слабость и безсонницу, такъ что нѣсколько ночей къ ряду не могъ заснуть; вслѣдствіе этой болѣзни я находился на квартирѣ и не ходилъ на работу.

Лежа ночью на кровати, я услыхалъ разговоръ на улицѣ. Я всталъ и посмотрѣлъ въ окно и увидалъ нѣсколько человѣкъ мущинъ, которые говорили между собой, чтобы меня взять съ квартиры и увести, но въ случаѣ если я не пойду, то приколотить меня, но всячески взять съ собою, но куда и за что я этого не зналъ.

Услышавши это, я одѣлъ брюки и блузу и ходя по комнатѣ, я сказалъ, если что нибудь сдѣлалъ худо, то пускай берутъ меня. Потомъ эти голоса послышались въ сѣняхъ, тогда я разбудилъ своихъ товарищей и разсказалъ имъ; одинъ изъ нихъ всталъ и посмотрѣлъ въ окно, потомъ выходилъ на дворъ; пришедши назадъ, сказалъ, что никого нѣтъ, и легъ спать. Я сѣлъ на кровать и услыхалъ, что за стѣною у дворника составляли протоколъ—одни меня обвиняли, другіе говорили, что я не виноватъ. Я пошелъ просить квартирнаго хозяина, чтобы онъ сходилъ въ мастерскую и сказалъ, что меня хотятъ взять, но онъ не пошелъ. Тогда я самъ пошелъ, на дорогѣ сзади меня нанимали мужиковъ что бы меня взять, но они проходили мимо и не трогали. Я дошелъ до угла и поздоровался съ городовымъ, но услыхалъ слова со стороны „самъ пришелъ, сейчасъ мы его отправимъ". Я обернулся и увидѣлъ двухъ мущинъ стоявшихъ у прудковъ, я вернулся домой и позвалъ съ собою дворника, который меня проводилъ до мастерской. Когда я взошелъ въ мастерскую, то мастеръ спросилъ меня, отчего я не работаю. Я сказалъ, что меня требуютъ въ судъ, но за что я не знаю.—Вы вѣрно были пьяны и съ кѣмъ нибудь подрались или поругались, и ушелъ въ другую мастерскую. Одинъ изъ мастеровыхъ принесъ косушку водки, колбасы и хлѣба, налилъ рюмку водки и подавалъ мнѣ, чтобы я выпилъ и закусилъ. Когда я взялъ рюмку и хотѣлъ пить, то неизвѣстный голосъ говорилъ, что это ядъ, также и закуска вся съ ядомъ, но другой голосъ говорилъ, что не правда, можно пить и ѣсть. Когда я выпилъ, то мнѣ начало сначала трясти руки, потомъ ноги и голову, послѣ этого я не помню какъ свалился на кровать, но только чувствовалъ, что на меня какъ будто чего то наложили, а послѣ стали снимать. Я повернулся на бокъ, свалился съ кровати и очнулся. Послѣ этого передъ окномъ на дворѣ стояли разныя страшнаго изображенія народъ, которыя меня вызывали вонъ. Потомъ я слыхалъ какъ на улицѣ ѣздили въ каретахъ и кричали: одни по галочному, другіе какъ вороны, одни кричали: губить, другіе—что не надо. Но вдругъ взошелъ въ мастерскую мой товарищъ, взялъ меня за руку и мы вышли вонъ изъ мастерской. На дворѣ стоялъ извозчикъ, я сѣлъ на линейку, со мной сѣлъ рядомъ мой товарищъ, другіе мастеровые вышли на дворъ и стали прощаться. Когда выѣхали на улицу, то шедшій народъ кричалъ вслѣдъ мнѣ разныя ругательства, спорились между собою и дрались всю дорогу. Сзади меня кричали множество голосовъ, но только на дальнемъ разстояніи, на Фонтанкѣ дрались мужики баграми, ругались и спорили все изъ за меня. Когда извозчикъ въѣхалъ въ Обуховскую больницу, я слѣзъ съ линейки и пошелъ съ товарищемъ въ пріемную, мы подошли къ столу, товарищъ вынулъ мой паспортъ и подалъ доктору. А я спросилъ доктора, когда меня будутъ убивать, но

не получилъ никакого отвѣта. Товарищъ взялъ мой паспортъ, и мы пошли оттуда вонъ, шедши дорогой назадъ, голоса кричали что я оправданъ. Товарищъ меня доставилъ въ пріемный покой литейной части, а самъ ушелъ, тамъ я слыхалъ, какъ приходили ко мнѣ товарищи, но ихъ не пускали, но убивали, потомъ я слыхалъ, что мнѣ прислали много денегъ, одинъ голосъ говорилъ надо отдать, а другой—что лучше убить, а деньги взять себѣ. Двери отворились и взошелъ солдатъ; мнѣ показалось, что меня хотятъ убить, я бросился къ окну, вырвалъ форточку и началъ кричать; меня схватили сзади, положили на полъ и связали назадъ руки, потомъ ушли. Потомъ я увидѣлъ какъ на дворѣ бѣгала безобразная дѣвушка и называла себя антихристовой дочкой и пѣла разныя пѣсни; потомъ судили на крышѣ поповъ и ихъ повѣсили на высокой трубѣ, потомъ сдѣлалось наводненіе, такъ что вода шла въ комнату, и я утопалъ въ водѣ, а когда послѣ щупалъ матрацъ, то онъ былъ сухой, и я удивлялся. Потомъ пришелъ городовой, принесъ мнѣ одежу, я спросилъ: для чего мнѣ одѣваться? онъ мнѣ отвѣчалъ, что мы поѣдемъ кататься на извозчикѣ. Я разсказалъ ему, что судили поповъ на крышѣ, онъ отвѣчалъ, что видѣлъ тоже; я просилъ у него книгу, которую онъ держалъ подъ мышкой, но онъ ея мнѣ недалъ. Мы пріѣхали къ Александровской больницѣ и пошли въ пріемную. Вошелъ докторъ и спрашивалъ какъ я здоровъ, я отвѣчалъ, что я здоровъ всѣмъ и разсказалъ какъ судили поповъ. Меня раздѣли, дали мнѣ больничную одежду и отвели въ палату. Тамъ я все спалъ, никогда ничего не видѣлъ; черезъ нѣсколько дней, когда пришелъ докторъ, я спросился на выписку и онъ меня выписалъ.

III.

Военный писарь, 38 лѣтъ, болѣлъ острымъ алкогольнымъ бредомъ неоднократно. Больной нѣсколько разъ бывалъ въ госпиталѣ. Вотъ его записка.

Краткая исторія болѣзни отставного писаря В. Д—ко.

29 іюня я прибылъ въ сей госпиталь для пользованія отъ сильной боли головы, груди и поясницы и на 1-е или же 1-го числа іюля случился со мною припадокъ, сколько же разъ не помню. Былъ бредъ въ головѣ вѣроятно сильный, что мнѣ какъ на яву представлялось, что будто бы позвали на квартиру къ одному изъ товарищей чиновниковъ на обѣдъ, гдѣ выпили водки не много, а потомъ одинъ изъ нихъ го-

воритъ—„мы тебя похоронимъ“; я отвѣчаю, что вы, братцы, вздумали смѣяться, я слава Богу живъ, но плохо здоровъ, они отвѣчаютъ „ничего“, принесли гробъ и говорятъ „раздѣвайся“, дали бѣлую рубашку съ подштаниками, когда я надѣлъ, тотчасъ же взяли за руки и за ноги, положили въ гробъ и крышку заколотили, сейчасъ же явились неизвѣстные мнѣ люди, положили гробъ въ ящикъ и понесли, всѣ товарищи остались въ квартирѣ, одна только сестра (неизвѣстно откуда явилась, шла за гробомъ), когда же принесли гробъ на кладбище, при вынутіи изъ ящика гроба, тотчасъ явился попъ ихъ съ двумя посторонними лицами и начали разговаривать, я сильно закричалъ, говоря,—живъ, сняли крышку, и я вышелъ изъ гроба, сестра подала платье визитку и другіе вещи, я началъ одѣваться и отправился вмѣстѣ съ нею въ участокъ заявить, по объясненіи приставу, тотчасъ были посланы полицейскіе чины, привели двухъ, изъ нихъ одного я знаю, а другого—нѣтъ, и вскорѣ ихъ приставъ отпустилъ изъ участка, а меня черезъ 3 часа, и я ушелъ на квартиру.

Въ 1847 году поступилъ на службу въ канцелярію и въ 1866 г. вышелъ въ отставку, за выдержаніе экзамена получаю пенсію. Во время нахожденія на службѣ 19 лѣтъ, я не имѣлъ болѣзни припадка.

Объясняю все по истинной справедливости.

IV.

Больной 36 л. неврастеникъ, способенъ къ утомленію, нетвердъ характеромъ, постоянно нуждался въ нравственной поддержкѣ, неудачи утомляли его, приводили въ мрачное настроеніе и послужили исходной точкой употребленія спиртныхъ напитковъ. Остальное ясно изъ превосходнаго описанія самого больнаго.

Записка написана больнымъ въ тотъ періодъ, когда галлюцинаціи исчезли, но здоровое сознаніе еще не вполнѣ вернулось и больной казался еще нѣсколько наивнымъ отъ всего, что случилось съ нимъ.

Родился я 15 Октября 1896 г. Отецъ мой былъ Надворный Совѣтникъ, человѣкъ бѣдный, жившій исключительно на одно жалованье, поэтому онъ не могъ дать мнѣ настоящаго образованія, и я, окончивъ курсъ въ существовавшей въ то время въ родномъ моемъ городѣ Б. 4-хъ класной прогимназіи, поступилъ на казенный счетъ въ школу, от-

куда и былъ выпущенъ на службу. Въ Казани я женился, устроился и вообще разсчитывалъ прослужить до конца, но въ 1890 г. приказомъ былъ переведенъ на службу въ X... Этотъ переводъ разлучилъ меня на 9 м-цевъ съ женою, такъ какъ больная она не могла ѣхать со мною; въ этомъ случаѣ пострадали прежде всего мои денежныя обстоятельства и я, живя на два дома, такъ сказать, запутался въ долгахъ, отчего въ 1872 г. перевелся въ X., разсчитывая большимъ содержаніемъ поправить свои запутанныя дѣла; но вышло совсѣмъ иначе. Начальникъ, узнавъ про мои долги, отнесся ко мнѣ крайне недовѣрчиво и сухо, если не сказать больше, и мнѣ тамъ стало служить прямо невозможно по причинѣ непріязненнаго отношенія ко мнѣ начальства, случилось столкновеніе съ однимъ сослуживцемъ—не служебное, а частное, въ которомъ начальникъ рѣзко принялъ сторону моего противника и публично выразился про меня крайне оскорбительно. Будучи человѣкомъ крайне самолюбивымъ, я уволился въ запасѣ, разсчитывая найти другую службу, но не имѣя ни протекціи, ни связей, ни знакомствъ, я службы себѣ не нашелъ и принужденъ былъ заниматься частной работой, совершенно случайной, такъ что приходилось сильно нуждаться.

Въ запасѣ я пробылъ 2 года 12 дней, при чемъ подъ конецъ вслѣдствіе невозможности жить въ Пб-гѣ, я уѣхалъ съ женою и ребенкомъ къ матери въ Б. гдѣ жилъ въ ожиданіи какого нибудь мѣста. 29 декабря прошлаго года мать моя умерла, и я не видя никакого исхода, рѣшилъ вновь поступить на военную службу и былъ назначенъ въ К., куда и прибылъ 12 іюля 1895 г. При поступленіи на службу вновь, мнѣ пришлось сдѣлать себѣ вновь все форменное платье на собственный счетъ, что еще болѣе запутало мои денежныя дѣла. Подробности эти я выясняю по слѣдующей причинѣ. Отъ природы я всегда былъ человѣкомъ нервнымъ, въ дѣтствѣ неоднократно страдалъ приступами сердцебіенія, легко раздражался и отъ этого чувствовалъ себя нехорошо; вышеизложенныя обстоятельства еще болѣе угнетающимъ образомъ подѣйствовали на мое душевное состояніе: я сталъ недовѣрчивъ къ людямъ, ни съ кѣмъ не сталъ откровенничать, никому никогда не высказывалъ своихъ объстоятельствъ и вообще сталъ человѣкомъ угрюмымъ, душевное состояніе мое было всегда крайне тяжелое и потому, чтобы хотя немного заглушить томительное состояніе, я сталъ пить водку, пилъ ее я и раньше, но безъ всякаго особаго къ ней пристрастія; теперь же я пилъ ее потому, что послѣ 2-хъ—3-хъ рюмокъ состояніе моего духа дѣлалось спокойнѣе и будущность не казалась мнѣ такою мрачною, какъ всегда [1]), при этомъ считаю дол-

[1]) Наркотическое дѣйствіе алкоголя на мозговую кору и вѣроятно также парализующее дѣйствіе на сосуды. (Ред.).

томъ прибавить, опьяненія я не чувствовалъ и вообще пьянымъ я въ теченіе всей своей жизни былъ не болѣе 10 разъ. Когда я ѣхалъ въ К., то на станціи О. со мной случилась непріятная исторія, именно я, поужинавъ и выпивши водки, заснулъ; во снѣ меня почему-то разбудили, хотя я никого не трогалъ, я сталъ протестовать, поднялся шумъ и въ результатѣ станціоннымъ жандармомъ составленъ былъ протоколъ, совершенно и кругомъ обвиняющій меня. Протокола этого мнѣ даже не дали подписать, не смотря на мое требованіе, объясняя, что никакого протокола писать не будутъ и все дѣло обойдется такъ. Я повѣрилъ этому и успокоился, но черезъ 6 дней по пріѣздѣ моемъ въ К. протоколъ былъ присланъ моему начальнику, который наложилъ на меня дисциплинарное взысканіе, прибавивъ, что въ слѣдующій разъ онъ не ограничится дисциплинарнымъ взысканіемъ, а передастъ дѣло на усмотрѣніе высшаго начальства. Это обстоятельство еще болѣе усилило мое угнетенное душевное состояніе, оправдываться я не сталъ, сознавая, что всякое оправданіе въ этомъ случаѣ будетъ безполезно.

Служба въ К. была у меня очень тяжелая, вставать мнѣ приходилось утромъ въ $7^1/_2$ часовъ и сейчасъ же идти на службу за городъ на разстояніи около 3-хъ верстъ; на службѣ приходилось быть до $6^1/_2$, а иногда и до 7-ми часовъ, съ перерывомъ на 2 часа, все время службы приходилось быть на ногахъ, такъ какъ самая работа въ пріемѣ по качеству и количеству различнаго имущества, домой я приходилъ совершенно разбитый, наскоро и какъ попало обѣдалъ, при чемъ за обѣдомъ выпивалъ иногда рюмокъ до 6-ти и болѣе водки. Жилъ я одинъ, безъ жены, которая осталась въ Б. потому, что ей нельзя было по нѣкоторымъ, чисто денежнымъ, причинамъ переѣхать вмѣстѣ со мною. Ненормальная жизнь, заботы о будущемъ, боязнь за непрочность положенія по службѣ, дѣйствовали на меня удручающимъ образомъ, я плохо ѣлъ, плохо спалъ, сталъ часто задумываться, много курилъ. На квартирѣ, гдѣ я жилъ, 17-ти лѣтняя дочь хозяина стала подъ разными предлогами часто ходить въ мою комнату и вообще ужасно надоѣдать мнѣ. Я старался какъ нибудь устранить это незамѣтнымъ образомъ, но мнѣ не удалось, и она все больше и больше не отставала отъ меня; нѣсколько разъ, напримѣръ, когда я выходилъ гулять, или шелъ куда нибудь по дѣлу, она безъ церемоніи отправлялась со мной; я самъ не придавалъ этому ровно никакого значенія, считая это пустяками, но пошли сплетни, виновницей которыхъ отчасти была эта самая особа (дѣвица совсѣмъ не образованная); сплетни эти дошли до меня, что меня еще больше раздражило, и я сталъ чувствовать себя непокойнымъ, рѣшилъ перемѣнить квартиру, но такъ какъ изъ за службы, отнимавшей почти все время, пріисканіемъ квартиры заняться было некогда, то я откладывалъ это до болѣе удобнаго и

свободнаго времени. Интимныхъ отношеній съ этой дѣвицей я не имѣлъ никакихъ, а сплетни именно намекали на это. Все это меня злило, я чувствовалъ себя больнымъ, именно боли въ головѣ, не столько боли, сколько тяжесть.

13 Сентября, возвратясь со службы, я сидѣлъ дома, ко мнѣ зашли нѣкоторые изъ сослуживцевъ, мы поговорили и затѣмъ гости расошлись. 14 утромъ я всталъ и чувствовалъ себя на столько физически нездоровымъ, что не могъ пойти на крестный ходъ съ иконой Коренной Божіей Матери. Когда вернулся домой мой хозяинъ, къ нему зашла какая то гостья и они начали говорить между собою, при чемъ я лежалъ на кровати бъ другой комнатѣ; лежа я слышалъ, что разговоръ идетъ обо мнѣ, причемъ имя мое не называлось, а гостья разными посторонними вопросами старалась узнать кто я такой, откуда родомъ, что я есть самъ по себѣ, при чемъ мнѣ казалось, что передаются самыя интимныя подробности моей прежней жизни съ разными варіантами. Было ли это началомъ галлюцінаціи—рѣшить не берусь. Я потомъ спрашивалъ у хозяина: было ли говорено обо мнѣ, онъ отвѣчалъ, что нѣтъ. Затѣмъ мнѣ начало казаться, что обращеніе всѣхъ окружающихъ со мною стало какое то странное; у меня появились какія то тяжелыя предчувствія, не страхъ, а ожиданіе чего-то непріятнаго; мнѣ надо было написать письмо домой женѣ, я не могъ написать потому, что чего-то ждалъ. Въ 10 часовъ я легъ и раздѣлся, пробовалъ читать, не читалось и не спалось. Въ половинѣ 11-го я ясно услышалъ, что къ хозяину какъ будто кто-то пріѣхалъ, голосъ мнѣ незнакомый, но разспрашивалъ обо мнѣ, причемъ по моему адресу я услышалъ нѣсколько не лестныхъ выраженій, говорено было будто я сегодня всѣхъ приглашалъ на свадьбу, именно будто бы весь beau monde г. К. (къ слову сказать, я ни съ кѣмъ, кромѣ сослуживцевъ, не знакомъ): затѣмъ мнѣ слышенъ былъ съѣздъ каретъ, голоса входящихъ различныхъ лицъ незнакомыхъ, словъ я теперь уже не помню. Затѣмъ голосъ перваго пріѣхавшаго рѣшилъ: что такъ какъ я не показываюсь, то я просто на просто *жуликъ*, а чиновникъ Григорьевъ умеръ и слѣдуетъ его помянуть, затѣмъ мнѣнія перемѣнились и рѣшили, что слѣдуетъ помянуть жулика; при этомъ я ясно слышалъ отворяніе и запираніе дверей, ходьбу по комнатѣ и т. д. Затѣмъ все стихло. Лежа я рѣшалъ—галлюцинаціи это или нѣтъ? голоса и звуки были слышны ясно; я всталъ, одѣлся, зажегъ въ спальнѣ лампу, вышелъ въ залъ и сѣлъ у стола, сидя мнѣ слышалось, что на улицѣ за окномъ различные голоса повторяютъ «жуликъ, жуликъ» «скоро ли будутъ похороны?» Глядя на окно, я замѣтилъ, что будто кто-то съ улицы фосфоромъ на стеклѣ пишетъ тѣ-же эпитеты; при чемъ здѣсь я началъ различать голоса моихъ сослуживцевъ. Послѣ этого я ушелъ въ спальню и легъ не раздѣваясь въ обуви

на кровать, при чемъ мнѣ слышалось, что по двору ходятъ незнакомые люди, говорятъ обо мнѣ какъ объ умершемъ будто бы, я пишу будто бы потому, что мнѣ казалось, что это говорится съ ироніей, что это продѣлывается какая то шутовская комедія надъ моей личностью, какое-то мальчишеское издѣвательство. Послѣ этого я слышалъ, будто подъѣхали погребальныя дроги и затѣмъ съ шутовскими церемоніями былъ поставленъ гробъ и отвезенъ. Затѣмъ мнѣ послышался голосъ одного сослуживца, но голосъ этотъ былъ слышенъ какъ бы посредствомъ телефона съ громкой передачей, при чемъ разговорный рожекъ казался мнѣ помѣщеннымъ подъ кроватью, подъ поломъ. Говорилось мнѣ, что я веду себя скверно, что мой образъ жизни нетерпимъ и потому товарищи рѣшили отъ меня избавиться и т. д. Такъ продолжалось всю ночь тутъ я ясно слышалъ и различалъ голоса сослуживцевъ. Всю ночь я не спалъ. На разсвѣтѣ я всталъ, сердце у меня билось, меня душили припадки астмы. Въ головѣ упорно и неотвязно стояла мысль: галлюцинаціи-ли были это или дѣйствительность. Я не могъ идти за городъ на службу. Ко мнѣ зашелъ правитель канцеляріи и мы пошли вмѣстѣ съ нимъ на рынокъ. Обращеніе его мнѣ казалось страннымъ, изъ его словъ я заключилъ, что ему извѣстна вся вчерашняя исторія, но онъ не хочетъ ее высказать, а издѣвается надо мною. На рынкѣ мнѣ казалось, что весь даже простой народъ почему-то отъ меня сторонится, какъ отъ зачумленнаго. Когда мы съ правителемъ съ рынка пришли въ управленіе, онъ послалъ за нашимъ военнымъ врачемъ, который пріѣхалъ, осмотрѣлъ меня и совѣтовалъ мнѣ лѣчиться. Передъ этимъ я замѣтилъ, что всѣ остальные чиновники управленія еле подаютъ мнѣ руку, за моей спиной говорятъ о вчерашнихъ похоронахъ, издѣваются и это мнѣ кажется были уже не галлюцинаціи; потому что трудно допустить одновременно такую полную галлюцинацію слуха и зрѣнія среди бѣлаго дня. Съ докторомъ я поѣхалъ въ больницу, причемъ онъ сначала спросилъ можно-ли ему привезти меня, и ему отвѣтили, что можно. Пріѣхавъ туда, мы съ нимъ пришли въ кабинетъ врача и сѣли тамъ; здѣсь я слышалъ, что за дверью будто-бы собрались сослуживцы, обсуждали мои поступки, будто бы были собраны аттестаціи изъ прежнихъ мѣстъ служенія, въ настоящемъ обвиняли меня въ развратѣ, шулерствѣ, мужеложствѣ, подлогахъ, распущеніи сплетень, неприличномъ и позорномъ поведеніи, мошенничествѣ и Богъ знаетъ въ чемъ, и общимъ рѣшеніемъ было постановлено сначала предать меня въ руки гражданскихъ властей, затѣмъ рѣшили во избѣжаніе скандала дать мнѣ револьверъ и предложить застрѣлиться. Докторъ сидѣлъ все время со мною и молчалъ, такъ что молчаніе его казалось мнѣ подтвержденіемъ этихъ слуховъ. Затѣмъ я слышу, какъ одинъ изъ сослуживцевъ говоритъ: сейчасъ получена телеграмма, что

его жена (т. е. моя) застрѣлилась. Это окончательно сразило меня, я самъ ожидалъ только того момента, когда мнѣ дадутъ револьверъ, чтобы покончить съ собою, понятно никто мнѣ его не далъ. Надо замѣтить, что все время я молчалъ и не говорилъ ни слова, это я помню отлично. Меня только занимало: какимъ, думаю, мерзавцемъ считаетъ меня докторъ. Затѣмъ передаю дѣйствительность. Врачъ, переговоривъ съ врачемъ больницы, сказалъ, что меня здѣсь не примутъ; на мой вопросъ—почему—не объяснилъ, а предложилъ мнѣ поѣхать съ нимъ прокатиться по улицѣ. Когда мы съ нимъ ѣхали по улицѣ, то мнѣ ясно слышались голоса: «Пулю въ лобъ посылаетъ такой-то»—назывались имена сослуживцевъ. Когда мы съ нимъ пріѣхали въ управленіе, онъ заявилъ, что меня необходимо отправить въ Кіев. воен. госп., и подалъ объ этомъ рапортъ. Здѣсь меня позвали къ телефону, говорилъ со мною и. д. начальника; не помню о чемъ онъ говорилъ, но только помню слова: «что я долженъ сознаться», что я, и шопотомъ добавлено было, «жуликъ». Это меня страшно поразило, тѣмъ болѣе, что говорившій со мной былъ человѣкъ прекрасно воспитанный и неспособный на такую площадную ругань. Теперь я самъ сомнѣваюсь, отнести ли это слово тоже къ галлюцинаціямъ или нѣтъ. Затѣмъ я вышелъ въ переднюю и сѣлъ. Здѣсь мнѣ слышалось опять продолженіе суда: рѣшали меня выгнать, ошельмовать, лишить чести и т. д. и будто-бы предсѣдательствовалъ въ этомъ судѣ тотъ господинъ, который по телефону назвалъ меня жуликомъ. Затѣмъ поѣхалъ на вокзалъ съ фельдшеромъ и правителемъ канцеляріи. По дорогѣ мнѣ слышались свистки, насмѣшки, ругательства и т. д. Въ вагонѣ со мной окончательно начались самыя нелѣпыя галлюцинаціи; тутъ были и взрывы, и встрѣча съ Императоромъ Вильгельмомъ съ Д. и проч., при чемъ все это сопровождалось издѣвательствами и насмѣшками; самыя галлюцинаціи не имѣли никакой логической связи и послѣдовательности, начинался бредъ, сердце билось такъ сильно, что я съ минуты на минуту ждалъ конца и вообще мучился ужасно. Въ такомъ состояніи я доѣхалъ до госпиталя, въ пріемной я просилъ дать мнѣ чего нибудь выпить, хохоталъ, вообще находился въ состояніи близкомъ къ истеричному, мнѣ чудилось, что я попалъ въ адъ, что я сейчасъ умру и т. п.; когда меня положили на верхъ на кровать, мнѣ чудилось, что я попалъ въ холерное отдѣленіе, продолжались тѣ же галлюцинаціи, что и въ К., слышались голоса товарищей, судъ, осужденіе и все въ томъ-же родѣ, какъ описано выше. Такъ продолжалось дня 3, постепенно галлюцинаціи дѣлались все слабѣе, голоса слышались рѣже, возвращался сонъ и аппетитъ. Теперь я совершенно здоровъ, голова работаетъ правильно, состояніе духа спокойно, только желательно было-бы выяснить одно: есть ли въ К. между начальствомъ или сослуживцами какое либо предубѣжденіе противъ меня? и нельзя

ли это выяснить путемъ запроса со стороны медицинскаго персонала въ мѣсто моего настоящаго служенія? Послѣднее я прибавляю потому, что несмотря на то, что я самъ къ описаннымъ галлюцинаціямъ отношусь критически, меня всетаки немного смущаетъ мысль о томъ: откуда и какъ могли развиться подобныя галлюцинаціи безъ толчка съ внѣшней стороны. Считаю долгомъ прибавить, что въ половыхъ сношеніяхъ я былъ всегда умѣренъ, извращеній половаго чувства у меня нѣтъ, онанизмомъ не занимался. До сихъ поръ никакою серьезною болѣзнью не страдалъ, венерическихъ болѣзней, кромѣ трипера, никакихъ не имѣлъ.

V.

Больной 24 лѣтъ, сынъ Полковника, хроническій алкоголикъ, заболѣлъ острымъ алкогольнымъ бредомъ подъ вліяніемъ трехдневнаго кутежа. Больной—образованный человѣкъ. Записка его состоитъ изъ двухъ небольшихъ главъ, въ первой описано его хроническое состояніе, во второй—острый алкогольный бредъ.

Записка больного.

I.

Послѣдніе 8 мѣсяцевъ: при входѣ въ темную комнату или въ неосвѣщенный подъѣздъ, мнѣ казалось, что передо мной стоитъ человѣкъ; ночью, лежа на боку, я чувствовалъ прикосновеніе руки, точно меня кто обхватывалъ, въ первую минуту я вздрагивалъ, являлся ужасъ, но я старался продолжить его, что мнѣ большею частію и удавалось, только иногда я зажигалъ спичку. Мнѣ тяжело было лежать въ темной комнатѣ, постоянное безпокойство и неопредѣленная боязнь чего то не давала мнѣ покоя. При разсвѣтѣ явленія исчезали, и я постепенно успокаивался. Всѣ эти явленія не были постоянны, Отчасти причиною тому, что я поздно ложился, были мои позднія возвращенія домой. Лѣтъ съ 16-ти я занимался онанизмомъ (теперь уже нѣсколько мѣсяцевъ, какъ бросилъ), то бросалъ его надолго, то предавался очень часто, хотя короткое время, въ это время чувствовалъ тяжесть въ головѣ, и ноги и руки чаще и дольше затекали. Эрекціи и полюціи по временамъ были очень часты. Кутилъ я довольно часто и къ пиву, которое въ умѣренномъ количествѣ приносило мнѣ пользу, примѣшивалъ водку и

вино, что скверно дѣйствовало на меня, въ особенности на голову, которая постоянно была точно въ туманѣ, какая то странная. Жизнь я велъ самую безалаберную, ложился большею частью утромъ, вставалъ днемъ; хотя видѣлъ, что моя жизнь, въ особенности кутежъ, нехорошо дѣйствуютъ на мою мать и безъ того больную, я всетаки продолжалъ; сознаніе меня мучило, я кутилъ больше. На будущее я не надѣялся, надежда на полученіе мѣста исчезла; въ настоящемъ было скверно, а въ прошедшемъ 6 лѣтъ болѣзни, да напрасно потраченныя деньги. Вѣчно хворать и хворать, просто конца нѣтъ, то одно, то другое болитъ; я вѣдь забылъ, когда я былъ здоровъ. Спокойная жизнь въ тепломъ климатѣ и время, говорили мнѣ доктора, и вы будете здоровы. Все это прекрасно, я вѣрю этому, но для этого деньги нужны. Остается значитъ постоянно хворать въ убійственномъ климатѣ и мечтать объ неисполнимомъ.

II.

Наконецъ, мнѣ сдѣлалось невыносимо, и я рѣшился поѣхать въ Москву и пріискать тамъ мѣсто черезъ одного знакомаго. Но вмѣсто того, чтобы, пріѣхавши изъ Ораніенбаума въ Петербургъ, прямо же отправиться въ Москву, я прокутилъ 3 дня, пилъ пиво и водку и почти ничего не ѣлъ. На третій день вечеромъ я уѣхалъ въ Москву, чувствуя себя нехорошо. По случаю массы народа я обратился къ жандарму за билетомъ, разговаривалъ съ нимъ и пилъ пиво. Я вдругъ самъ не знаю съ чего вспомнилъ князя М., который сошелъ съ ума, вообразивъ себя политическимъ преступникомъ. Мнѣ самому начало представляться, что меня обвиняютъ въ политическомъ преступленіи; мысль эта была такъ упорна, что я не могъ отвязаться отъ нея, хотя и сознавалъ, что политическимъ преступникомъ быть не могу и что даже обвиненія быть не можетъ; но случай съ М-кимъ не давалъ мнѣ покоя. Чувствовать себя началъ хуже, аппетитъ пропалъ совершенно. Пріѣхавши въ Осташково или въ Тверь, всѣмъ предложили перейти въ другой вагонъ, и кромѣ кондуктора былъ жандармъ, я вообразилъ, что меня арестовали и что всѣ окружающіе—переодѣтые жандармы. Мнѣ казалось, что всѣ ругаютъ меня и смѣются надо мной, обѣщаютъ пытать меня и показываютъ разные ужасы. Я пришелъ въ ужасъ, мнѣ представлялась моя мать умирающая, не вынесши этого удара. Состояніе мое стало невыносимымъ. Мнѣ пришло въ голову, что меня везутъ въ другое мѣсто, а не въ Москву. Вотъ мы пріѣхали, говорятъ, Москва; я не вѣрю и ожидаю, когда меня возьмутъ; но всѣ вышли, и я нахожу, что это сдѣлано нарочно и обвиненіе существуетъ. Мнѣ показалось, что кто то крикнулъ гостинница «Неаполь»; зная что она близко, я отдалъ человѣку вещи

и поѣхалъ съ нимъ. Напившись чаю, я потушилъ свѣчку и легъ въ постель, тогда начались первыя явленія: мнѣ казалось, что за окномъ стоитъ человѣкъ и смотритъ въ комнату; я убѣждалъ себя, что это не можетъ быть, что я во второмъ этажѣ, такъ какъ входилъ по лѣстницѣ, но все было тщетно. Въ маленькомъ окнѣ, выходящемъ въ сѣни, мнѣ тоже казался человѣкъ въ формѣ. По комнатѣ начали бѣгать (неслышно) какія то фигуры, какъ будто люди, онѣ то исчезали, то появлялись, и насколько я помню, нѣкоторыя то уменьшались, то увеличивались. Стѣна въ сосѣдній номеръ немного подвинулась и изъ за нея и изъ подъ нея начали появляться какіе то люди и разныя фигуры. Состояніе мое было ужасно, холодный потъ выступалъ на лбу. Я закрывалъ глаза, тогда видѣнія точно приближались ко мнѣ. Я не выдержалъ и зажегъ спичку. Мнѣ вдругъ послышалось, что какіе то голоса съ улицы, обвиняютъ меня въ намѣреніи поджечь комнату, и я снова тушилъ свѣчку. Съ разсвѣтомъ я измученный уснулъ. На другой день мнѣ начало казаться, что всѣ окружающіе говорятъ только обо мнѣ, даже уличный шумъ и говоръ я принималъ за ругательства, насмѣшки и обвиненія противъ меня, все это какъ бы отзывалось въ моей головѣ, врѣзывалось въ нее настолько, что я не могъ освободиться отъ брани, повторяю ее, хотя не хочу этого дѣлать. Слѣдующіе дни уже мнѣ казалось, что я всѣхъ ругаю и что всюду это слышно и все повторяется (постороннихъ разговоровъ я не слышалъ) и что всѣ удивляются моей руготнѣ и насмѣхаются надо мной. Приходило ли мнѣ въ голову чьи нибудь: имя, фамилія или вижу я кого нибудь, мнѣ казалось, что ко всему я прибавляю ругательства. Говорю ли я съ кѣмъ, мнѣ казалось, что за обыкновенными словами вылетаетъ брань помимо моей воли. Это невѣроятное явленіе страшно меня мучило. Оно продолжалось безъ перерыва все время въ Москвѣ, въ клиникѣ же недѣли полторы ($1^1/_2$), потомъ начало ослабѣвать, временно исчезало совсѣмъ, и изрѣдка, въ слабой степени, появляется въ минуты раздраженія, вообще во время болѣе сильнаго разстройства нервовъ, что у меня большею частью случалось во время пребыванія между больными и разговора съ нѣкоторыми изъ нихъ. Насколько я помню, кажется, на третій день моего пріѣзда появились видѣнія (я перешелъ въ другой номеръ, нѣкоторыя нервныя видѣнія исчезли), которыя и продолжались все время до моего отъѣзда въ Петербургъ. Когда я тушилъ свѣчку, то около моей кровати появлялись люди разнаго роста и большею частью точно выходили изъ стѣнъ; когда я шелъ къ кровати, чтобы лечь (отъ стола, на которомъ стояла свѣчка), они разступались передо мной и, если я не ложился, то показывали руками на кровать и кивали головой. Я закрывалъ глаза прятался подъ одѣяло, ничего не помогало. Я былъ въ полномъ сознаніи и хотя все это было не вѣроятно, но такъ ясно (я до сихъ поръ

удивляюсь и ничего не могу понять), что иногда мнѣ казалось дѣйствительностью. Я приближалъ руку къ стѣнѣ, гдѣ мнѣ казался человѣкъ, тогда видѣніе или сторонилось или, точно, входило въ стѣну, которая дѣлалась въ этомъ мѣстѣ прозрачною, иногда рѣшетчатою, хотя моя рука и упиралась въ твердую стѣну. Голоса все это время продолжались, и кромѣ того видѣнія шептали мнѣ (то-же самое), что меня будутъ пытать, посадятъ въ тюрьму, повѣсятъ и тому подобное. Я ничего не могъ подѣлать, хотя и былъ убѣжденъ, что все это не мыслимо, что я ни въ чемъ не виноватъ. По временамъ мнѣ казалось, что я, просто, боленъ, или что могу сойти съ ума; случай съ М-кимъ не давалъ мнѣ покоя. Мученія мои были ужасны, ни минуты я не имѣлъ покоя. Я два раза выходилъ, голоса преслѣдовали меня, было еще хуже; до сихъ поръ является ужасъ, какъ вспомнишь. Въ послѣдніе дни передъ моимъ отъѣздомъ, какъ только темнѣло (иногда и днемъ) при свѣчѣ и безъ нея, изъ обоевъ и нижняго карниза высовывались маленькія головы (человѣческія) съ плечеми и безъ нихъ, по приближеніи къ нимъ онѣ исчезали; въ тѣмнотѣ же, когда я лежалъ въ постели или на кушеткѣ, уже ночью онѣ появлялись съ соразмѣрнымъ туловищемъ и по мѣрѣ приближенія ко мнѣ онѣ увеличивались и превращались въ обыкновеннаго человѣка. Я еще долженъ упомянуть, что голоса и видѣнія говорили мнѣ, какъ бы убѣждая, что моя мать умерла, и на стѣнѣ точно показывался гробъ матери; эти митуты были нестерпимы, были ужаснѣе всего; кромѣ этого я въ послѣдніе дни уже не чувствовалъ такого ужаса, я изстрадался, измучился, какое то явилось равнодушіе, апатія, я желалъ смерти (мысль о самоубійствѣ не появлялась), сумасшествія я страшно боялся; но и жизнь съ подобными явленіями, Господи, какъ мучительна. Наконецъ я рѣшился, будь, что будетъ, и поѣхалъ къ братьямъ въ Петербургъ. На машинѣ и на извощикѣ было очень нехорошо, хотя видѣній не было, онѣ совсѣмъ исчезли, остальныя явленія продолжались. Все это продолжалось, приблизительно дней (13) тринадцать, въ томъ числѣ видѣнія дней (11) одинадцать. Все это время аппетита не было, раза два нѣсколько ложекъ супа, кусочекъ курицы и булки (4) четыре, вотъ моя пища въ (13) тринадцать дней. Жажда все время была очень сильная.

ОТДѢЛЪ IV.

Критика и библіографія.

Проф. А. Я. Кожевниковъ. Вліяніе психической дѣятельности на нервныя болѣзни.

При широкомъ развитіи психіатріи и нервной патологіи, обобщеніе многочисленныхъ научныхъ фактовъ является необходимостью. Обобщеніе облегчаетъ усвоеніе фактовъ и самую разработку ихъ. Такимъ характеромъ отличается рѣчь высокоуважаемаго автора. Исходя изъ мысли, что психическіе процессы могутъ дѣйствовать на организмъ и цѣлебно и болѣзнетворно, авторъ приводитъ рядъ фактовъ, подтверждающихъ это положеніе и могущихъ послужить исходной точкой психической терапіи.

Проф. П. И. Ковалевскій. Судебная психіатрія.—Лекціи, читанныя на юридическомъ факультетѣ Варшавскаго университета (Архивъ психіатріи и пр., изд. подъ ред. П. И. Ковалевскаго).

Авторъ, извѣстный своими многочисленными научными работами и учебниками, напечаталъ курсъ судебной психіатріи. Обычныя достоинства трудовъ автора—ясность, живое изложеніе—особенно замѣтны въ этомъ трудѣ, назначенномъ для студентовъ, не знакомыхъ съ медициной. Изложеніе пояснено значительнымъ количествомъ хорошо подобранныхъ примѣровъ изъ нашей и иностранной литературы, а также иллюстрировано рисунками. Благодаря этому книга можетъ быть весьма полезна и для спеціалистовъ.

Проф. З. В. Гутниковъ. Оговоръ въ преступленіи подъ вліяніемъ внушенія. Архивъ псих., нейрол. и суд. псих. 1896. № 1.

Жертвами одного преступленія, совершеннаго, очевидно, съ цѣлью грабежа, оказались старуха и дѣвочка; первая—спустя 3 недѣли послѣ совершенія преступленія умерла, не прійдя въ сознаніе, вторая-же поправилась послѣ нанесенія тяжелыхъ ранъ въ голову и вскорѣ послѣ этого дала показаніе въ томъ смыслѣ, что преступленіе было совершено солдатами, жившими тамъ-же; спустя почти два мѣсяца она дала другое показаніе, именно, что преступленіе совершено не солдатами, а сосѣдомъ въ соучастіи другихъ крестьянъ. Мѣстное населеніе первые два дня считало виновниками преступленія

солдатъ, а вслѣдъ за тѣмъ—того, кого называла дѣвочка въ своемъ второмъ показаніи. Авторъ, осматривая потерпѣвшую въ качествѣ эксперта, нашелъ ее въ состояніи тупоумія, послѣдовавшаго за психическою и физическою травмами въ области черепа, и въ ея показаніяхъ усматриваетъ два обстоятельства: нападеніе солдатъ и нападеніе сосѣда; первое показаніе, по мнѣнію автора, имѣетъ реальную подкладку, второе-же ей внушено родителями и близкими, которые въ свою очередь находились подъ вліяніемъ массоваго автовнушенія и внушенія.

Д-ръ А. И. Ющенко. Къ ученію о юношескомъ прогрессивномъ параличѣ. Архивъ псих., нейр. и судебн. псих. (1896. № 1).

Авторъ въ видѣ дополненія къ своей работѣ—(А. И. Ющенко, юношескій прогрессивный параличъ. Варшава, 1895)—приводитъ назуистическій матерьялъ, не попавшій въ его первую работу.

Проф. Н. М. Поповъ. и **В. И. Жестковъ.** Случай своеобразнаго трофическаго разстройства въ области верхнихъ конечностей. Неврологическій вѣстникъ. Т. IV., вып. I.

Больной 33 лѣтъ, будучи пьянъ, упалъ спиной на сложенные въ безпорядкѣ приборы для пожарныхъ машинъ и вскорѣ послѣ этого у него развились съ одной стороны явленія поперечнаго менинго-міэлита въ нижнихъ конечностяхъ, съ другой стороны въ верхнихъ конечностяхъ—слѣдующія измѣненія: эпифизы фалангъ были рѣзко утолщены, суставные концы колбообразно вздуты, ногтевая фаланга укорочена, какъ-бы срублена; только большіе пальцы обѣихъ рукъ не тронуты болѣзненнымъ процессомъ; измѣненія на обѣихъ рукахъ распредѣляются равномѣрно, симметрично. Тактильное чувство на ладонной поверхности обѣихъ рукъ рѣзко понижено, болевое чувство—совершенно отсутствуетъ, термическое чувство тоже пострадало—больной не могъ опредѣлить теплымъ или холоднымъ предметомъ его коснулись. Тѣ же виды чувствительности на тыльной поверхности почти безъ измѣненій. Исключая arthritis deformans (молодой возрастъ, отсутствіе атрофіи мышцъ), акромегалію (присутствіе разстройствъ чувствительности), ostéo—arthropathie hypertrophiante pneumique (присутствіе разстройствъ чувствительности, отсутствіе заболѣванія дыхательныхъ органовъ), приходится допустить или паренхиматозный невритъ на алкогольной почвѣ, противъ котораго говоритъ пораженіе чувствительности, расположенное по сегментамъ, а не по ходу периферическихъ нервовъ, или начальный стадій сиринго-міэліи, противъ которой говоритъ острое начало и отсутствіе мышечныхъ атрофій въ рукахъ.

М. Лапинскій. О кровенаполненіи капилляровъ мозговой коры post mortem. Неврологическій Вѣстникъ. Т. IV., вып. I.

Авторъ изслѣдовалъ капилляры изъ коры двигательной области—два мозга принадлежали субъектамъ психически нормальнымъ, а шесть мозговъ—психическимъ больнымъ; почти во всѣхъ случаяхъ капилляры оказались густо набитыми кровяными шариками, измѣненными въ цвѣтѣ (буроваты или безцвѣтны), въ формѣ (угловатая, призматическая); строеніе приняло кристаллическій характеръ. Что касается строенія самихъ сосудовъ, то они представляются тоже измѣненными: стѣнка ихъ бываетъ то утолщена, то истончена, окрашивается диффузно пикрокарминомъ; ядра окрашиваются плохо, имѣютъ несвойственный блескъ и рѣзкій контуръ, и т. д. Такіе ка-

пилляры представляютъ круто-изогнутыя фигуры съ очень короткимъ радіусомъ, легко раздавливаются, разламываясь какъ поперечно, такъ и вдоль. Что касается причины кровенаполненія капилляровъ, то ее нужно отнести не насчетъ измѣненныхъ кровяныхъ шариковъ, а насчетъ измѣненія стѣнки капилляровъ.

Д-ръ А. И. Бернштейнъ. Психическія проявленія малой хореи. Архивъ психіатріи, нейрологіи и судебной психопатологіи. 1896. № 1.

Объ измѣненіяхъ психики при хореѣ существуютъ самые разнообразные взгляды; мы рѣшили подойти къ вопросу о хореическихъ психозахъ со стороны психологическаго анализа, для чего сочли умѣстнымъ вникнуть въ сущность психическихъ модификацій, свойственныхъ хореѣ, не осложненной помѣшательствомъ; такимъ образомъ въ картинѣ хореическаго помѣшательства легко будетъ отдѣлить элементы—хореи, отъ тѣхъ, которые присоединились къ нимъ, какъ проявленіе психоза. Основаніемъ для анализа послужилъ слѣдующій случай малой хореи: больная дѣвочка 11 л.; въ лицѣ, рукахъ и ногахъ хореическія движенія, усиливающіяся при произвольныхъ движеніяхъ; въ языкѣ тоже подергиванія; рѣчь неотчетлива—то въ видѣ шопота, то въ видѣ крика; сознаніе ясно; отвѣты кратки, необстоятельны—приходится выжимать каждую мысль, почти каждое слово; мать больной отмѣчаетъ легкую возбудимость въ ту или другую сторону, плохо мотивированные переходы отъ смѣха къ слезамъ и обратно. Изъ психическихъ измѣненій рѣзче всего бросается въ глаза разстройство вниманія, именно, хореическая психика характеризуется невозможностью сосредоточиться на одномъ впечатлѣніи, на одной мысли: непрерывное движеніе рукъ, ногъ и головы способствуетъ обилію внѣшнихъ воспріятій, кромѣ того психика получаетъ массу внутреннихъ ощущеній—ощущеній начала, теченія и конца произвольнаго и побочнаго мышечнаго движенія, такъ что постороннее вмѣшательство является лишь мимолетнымъ въ ряду другихъ; поэтому немногословный отвѣтъ еще можетъ проявиться, обстоятельный-же обрывается въ самомъ началѣ и возможенъ лишь при постоянномъ понуканіи (тоже съ письмомъ). Въ эмотивной сферѣ замѣчается легкое возбужденіе: мимолетное огорченіе вызываетъ слезы, легкое удовлетвореніе—чрезмѣрную радость, такъ какъ данное чувство не успѣваетъ уравновѣситься помощью внутреннихъ противоположныхъ мотивовъ,—все это легко объясняется своеобразной мозговой возбудимостью: въ психомоторныхъ центрахъ она проявляется побочными движеніями; въ центрахъ сознанія—разстройствомъ вниманія; на вазомоторныхъ центрахъ отражается облегченіемъ возникновенія аффектовъ и измѣнчивостью настроенія. Что касается хореическаго помѣшательства, то о немъ тоже существуетъ явное разнорѣчіе воззрѣній, каковыя легко примирить, если считать хорею общемозговою болѣзнью; въ такомъ случаѣ, своеобразно измѣненная психическая сфера создаетъ временную психопатическую основу (конституцію), благопріятную для возникновенія того или другого помѣшательства.

Проф. А. С. Тауберъ. Клиническое теченіе мозговой опухоли и идіопатическаго гнойника въ мозгу. Архивъ психіатріи, нейрологіи и судебной психопатологіи. 1896. № 1.

Авторъ описываетъ такой случай: У больного 20-ти лѣтъ отъ роду послѣ удара тупымъ орудіемъ по головѣ въ области лѣвой теменной кости постепенно развились слѣд. явленія: сильныя головныя боли, особенно мучительныя по ночамъ, частая рвота, ослабленіе зрѣнія до невозможности читать, ослабленіе памяти; легкій парезъ нижней

вѣтви праваго лицевого нерва, болѣе рѣзко выраженный парезъ правой верхней и нижней конечностей; повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ; явленіе двигательной афазіи; обоняніе съ правой стороны острѣе; явленіе hemianopsiae binocularis dextrae; больной опредѣляетъ только бѣлый цвѣтъ; съ лѣвой стороны слухъ въ два раза меньше чѣмъ съ правой; припадки корковой эпилепсіи начинаются съ мышцъ правой руки, затѣмъ появляются въ лицевыхъ мышцахъ и, наконецъ, въ нижней правой конечности. Status afebrilis. Пульсъ замедленный, ритмическій. Клиническій діагнозъ—или haematoma subduralis или neoplasma cerebri, развившаяся на мѣстѣ поврежденія мозга. Больному была сдѣлана трепанація черепа—нѣсколько ниже и впереди лѣваго теменного бугра (въ это мѣсто былъ нанесенъ ударъ); по вскрытіи твердой мозговой оболочки обнаженный участокъ мозговой корки представлялся въ формѣ однообразной мягкой, пигментированной кровью опухоли; извилинъ нельзя было различить; опухоль была выскоблена острой ложечкой до мозговой ткани нормально-бѣлаго цвѣта. Послѣоперационный періодъ протекалъ правильно, безъ лихорадки, и спустя мѣсяцъ послѣ операціи больной значительно поправился—могъ прогуливаться по корридору, рѣчь обогатилась значительнымъ запасомъ словъ. Въ концѣ 2-го мѣсяца послѣ операціи—больной внезапно умеръ. Анатомическій діагнозъ: abscessus cerebri idiopathicus давняго происхожденія—въ гусиное яйцо въ лѣвой теменной долѣ, книзу доходитъ близко основанія черепа, кпереди непосредственно касается нижней части gyrus praecentralis и 3-й лобной извилины. Данный случай показываетъ, что асептически выполненная резекція головного мозга даетъ заживленіе раны первымъ натяженіемъ даже при хроническомъ воспаленіи мозга, что дифференціальная діагностика между хроническимъ внутри-мозговымъ нарывомъ и опухолью мозга крайне затруднительна и что ушибы головы съ сохраненіемъ цѣлости черепа могутъ повести къ образованію хроническаго (холоднаго) гнойника въ мозгу идіопатическаго характера.

Проф. В. Ф. Чижъ. Экспериментальное изслѣдованіе памяти звуковыхъ воспріятій. Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1896 № 1.

Задавшись цѣлью изслѣдовать память звуковыхъ воспріятій, авторъ поставилъ опыты такъ, чтобы исключить вліяніе упражненія, при чемъ оказалось, что у интеллигентныхъ лицъ память сохраняетъ въ теченіи 10 и даже болѣе минутъ интензивность воспріятія такъ же, какъ и непосредственно послѣ воспріятія, и спустя 10 или болѣе минутъ воспріятіе превращается уже въ представленіе. Если второй звукъ сильнѣе, то гораздо легче уловить разницу между двумя звуками, чѣмъ если сильнѣе первый звукъ. У лицъ съ ослабленной психической дѣятельностью продолжительность сохраненія памятью интензивности звуковъ гораздо меньшая; такъ, больной 45 лѣтъ съ врожденнымъ слабоуміемъ уже при трехъ минутахъ перестаетъ ясно помнить интензивность перваго звука; больной, 61 года, хроническій алкоголикъ, при 4 минутахъ ошибается въ половинѣ случаевъ.

Проф. Я. А. Анфимовъ. Симптомокомплексъ Millard—Gubler'а истерической натуры. Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1896 г. № 1.

Авторъ описываетъ случай, гдѣ у больной 26 л., которая происходитъ изъ невропатической семьи и сама тоже страдаетъ истеріей (истерическія скоропреходящія амбліопіи, ахроматопсія, ограниченіе полей зрѣнія, globus hystericus и цѣлый рядъ

истерическихъ жалобъ въ анамнезѣ), въ одну ночь, безъ тяжелыхъ явленій, развился истерическій перекрестный гемипарезъ: всѣ три вѣтви лѣваго лицевого нерва представляли рѣзко выраженный парезъ спастическаго характера—ни одной волевой гримасы на больной сторонѣ она сдѣлать не можетъ; языкъ отклоненъ незначительно вправо; кромѣ того ясно выраженный правосторонній спастическій гемипарезъ конечностей; больная испытываетъ большое затрудненіе при артикуляціи губныхъ и язычныхъ звуковъ. Полное отсутствіе общихъ мозговыхъ явленій. Черезъ 3 недѣли больная совершенно оправилась; но вскорѣ опять заболѣла, при чемъ парезъ конечностей былъ въ такой-же степени и тоже справа, и справа же былъ рѣзко выраженъ т. наз. spasme glosso-labié Charcot. Послѣ второго приступа больная тоже быстро поправилась. Случай, по словамъ автора, представляетъ извѣстный интересъ по своей рѣдкости и особенно по своему отчетливому выраженію сложной клинической картины истерической натуры, симулировавшей органическое заболѣваніе. Попутно авторъ сообщаетъ о двухъ случаяхъ удачнаго внушенія безъ гипноза—именно, при истерической контрактурѣ m. splenii ext. и при истерической афоніи.

Д-ръ А. В. Тимофеевъ. Къ вопросу о пользованіи душевныхъ больныхъ въ кровати. Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1896. № 1.

Авторъ дѣлится результатами, которые были достигнуты при пользованіи больныхъ въ кровати (Bettbehandlung) въ домѣ призрѣнія душевно-больныхъ, учрежденномъ Императоромъ Александромъ III, за 4-хъ лѣтній промежутокъ времени: укладыванію въ кровать подвергались, какъ вновь поступающіе больные, за рѣдкими впрочемъ исключеніями, такъ и буйные, острые больные (особенно съ возбужденіемъ или плохимъ питаніемъ), спокойные, если они возбуждены или требуютъ покоя, однимъ словомъ, изъ постоянныхъ больныхъ тѣ или другіе, которые находятся или въ состояніи возбужденія, или требуютъ покоя и усиленнаго надзора или истощенные; какъ только достигалось улучшеніе психическаго состоянія или увеличеніе вѣса, больному разрѣшалось вставать съ кровати сначала разъ въ день, потомъ 2, и, наконецъ, больной переходилъ къ общему режиму. Новый больной находится въ наблюдательномъ отдѣленіи въ кровати различное время, потомъ переводится въ то или другое отдѣленіе; въ случаѣ сильнаго безпокойства его помѣщаютъ или въ отдѣльную комнату или же въ буйное отдѣленіе, но на постельное пользованіе. Для удержанія больного въ кровати по большей части никакихъ принудительныхъ мѣръ не требовалось. Выгоды постельнаго пользованія больныхъ несомнѣнны и значительны: а) острые психозы текутъ благопріятнѣе; б) истощенные хорошо повышаются въ вѣсѣ; в) больница получаетъ благообразный видъ; г) нападенія со стороны такихъ больныхъ весьма рѣдки; д и е) можно обойтись съ меньшей затратой служебнаго персонала и можно довести до minimum'а изолированіе больныхъ.

Д-ръ Н. В. Краинскій. Къ патологіи падучей. О нарушеніи въ обмѣнѣ веществъ у падучныхъ. Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1896. № 1.

Изучая обмѣнъ веществъ у эпилептиковъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что если суточное количество мочевой кислоты=0,6—0,8, то приступа у такого эпилептика не наступитъ; если же суточное количество мочевой кислоты падаетъ ниже 0,45—0,35, то нужно непремѣнно ждать припадка; чѣмъ большее количество ея задер-

живается. тѣмъ сильнѣе будетъ приступъ; если задерживается болѣе 0,3 сравнительно со средней нормой. или если выдѣленіе ея не увеличивается на слѣдующій день, то нужно ожидать нѣсколькихъ приступовъ или одного очень сильнаго. Приступъ чаще всего бываетъ на третій день послѣ того, когда ея выдѣлилось мало; безъ колебанія въ выдѣленіи мочевой кислоты приступа не бываетъ,—если послѣднее вѣрно, то фармакологическіе агенты, вліяющіе на выдѣленіе мочевой кислоты мочею, должны оказывать благотворное дѣйствіе на приступы. Piperazin и Lysydin—дали отрицательные результаты по отношенію къ приступамъ и выдѣленію мочевой кислоты. Если давать углекислый литій по 1,0 три раза въ день, то приступы уменьшаются, часто надолго прекращаются; большія дозы до 6,0 въ день дѣйствуютъ прямо противоположно малымъ—припадки усиливаются и учащаются; но литій, вліяя благотворно на приступы, не усилилъ выдѣленія мочевой кислоты. Этимъ опровергается теорія Haid'a, по которой приступы мигрени и эпилепсіи обусловливаются прохожденіемъ черезъ кровь задержанной въ организмѣ передъ припадкомъ мочевой кислоты. Авторъ дѣлаетъ предположеніе, что при эпилепсіи обмѣнъ веществъ совершается неправильно, что выражается уменьшеннымъ образованіемъ и выдѣленіемъ мочевой кислоты; при извѣстной интензивности этого процесса образуется продуктъ, дѣйствующій ядовито на центральную нервную систему, вызывая раздраженіе судорожныхъ центровъ и эпилептическій припадокъ. Весьма возможно, что во время эпилептическаго припадка дальнѣйшій ходъ ненормальной реакціи становится невозможнымъ (накопленіе углекислоты въ крови) и процессы расщепленія продолжаютъ протекать правильно. Очевидно, при литіѣ ненормальныя реакціи, результатомъ которыхъ является приступъ, не могутъ происходить въ той мѣрѣ, какъ безъ него.

Проф. В. Бехтеревъ. Ученіе о нервныхъ единицахъ (neuron) и о соотношеніяхъ ихъ другъ съ другомъ. Обозрѣніе психіатріи, неврологіи экспериментальной психологіи. 1896 № 1.

Нервная ткань кромѣ невроглiи съ ея клѣтками и сосудами состоитъ изъ совершенно обособленныхъ организмовъ или нервныхъ единицъ, не имѣющихъ другъ съ другомъ непосредственной непрерывной органической связи; главнымъ образомъ можно различать два типа такихъ нервныхъ единицъ: однѣ состоятъ изъ клѣтки, сильно вѣтвящихся протоплазменныхъ отростковъ и имѣютъ лишь одинъ длинный цилиндрическій или нервный отростокъ, оканчивающійся свободными развѣтвленіями (клѣтки перваго рода или т. наз. двигательныя клѣтки Golgi); у другихъ короткій нервный отростокъ быстро распадается на множество также свободно оканчивающихся тончайшихъ волоконецъ (т. н. клѣтки 2-го рода или чувствующія клѣтки Golgi). Иногда попадаются переходныя формы клѣтокъ. Изрѣдка попадаются клѣтки, лишенныя нервнаго отростка или т. наз. аполярныя клѣтки. Клѣтки съ длиннымъ нервнымъ отросткомъ служатъ для передачи импульса на удаленныя нервныя клѣтки; клѣтки съ короткимъ быстро вѣтвящимся нервнымъ отросткомъ передаютъ импульсы одновременно на цѣлый рядъ близлежащихъ клѣтокъ—объединяющія клѣтки; аполярныя клѣтки играютъ роль передаточныхъ элементовъ—переносятъ возбужденія съ однѣхъ клѣтокъ на другія. Всякій нервный путь образованъ сцѣпленіемъ 2, 3-хъ или нѣсколькихъ клѣточныхъ элементовъ того или другого типа, при чемъ развѣтвленія цилиндрическихъ отростковъ однѣхъ клѣтокъ соприкасаются съ протоплазменными отростками и тѣлами другихъ клѣтокъ (R. y Cajal); по мнѣнію же автора, чаще онѣ находятся только въ ближайшемъ сосѣдствѣ, но не соприкасаются; другой способъ соотношенія между нервными клѣтками, по автору, тотъ, что протоплазменные отростки однѣхъ клѣтокъ сплетаются съ таковыми же другихъ клѣтокъ (клѣтки переднихъ роговъ, клѣтки ядернаго слоя мозжечка). Такого же рода соотношенія слѣдуетъ допустить между цилиндрическими отростками различ-

ныхъ нервныхъ клѣтокъ (кора мозжечка). Что касается проведенія нервныхъ импульсовъ по клѣточнымъ отросткамъ, то авторъ согласенъ съ мнѣніемъ R. у Cajal'я, что цилиндрическій отростокъ проводитъ въ центробѣжномъ направленіи, клѣткѣ же и протоплазменнымъ отросткамъ приписываетъ способность проводить какъ въ томъ, такъ и другомъ направленіи т. е. клѣткобѣжно и клѣткостремительно.

Проф. В. Бехтеревъ. Теорія соприкосновенія (Contact-Theorie) и ученіе о разрядахъ нервной энергіи, какъ условіи проведенія нервнаго возбужденія. Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1896. № 1.

Авторъ вмѣсто господствующей въ данное время теоріи о передачѣ возбужденій въ нервной ткани путемъ распространенія возбужденія съ одного элемента на другой благодаря непосредственному соприкосновенію конечныхъ развѣтвленій цилидрическихъ отростковъ одной клѣтки съ тѣломъ и протоплазменными отростками другой клѣтки, предлагаетъ слѣдующую: т. к. нервное проведеніе всюду сопровождается отрицательнымъ колебаніемъ электрическаго тока, то во время проведенія происходитъ въ нервномъ волокнѣ какъ бы разрядъ энергіи, что должно происходить въ каждомъ нервномъ элементѣ того или другого проводящаго пути; слѣдовательно нервный токъ нужно представить такимъ молекулярнымъ измѣненіемъ ряда нервныхъ элементовъ, которое сопровождается разрядами энергіи въ каждомъ нервномъ элементѣ. Весь процессъ распространенія нервнаго возбужденія нужно представить так. обр: нервный импульсъ возникшій въ одной клѣткѣ, распространяется по ея нервному отростку до его конечныхъ развѣтвленій; въ соприкасающихся съ ними отросткахъ сосѣдней клѣтки возникаетъ тоже новый нервный импульсъ, который опять распространяется по нервному отростку и т. д.; т. ч. проведеніе отъ периферіи до мозговой коры представляетъ рядъ возбужденій, каковыя могутъ распространяться и по боковымъ отпрыскамъ нервныхъ волоконъ, и так. обр. разсѣеваться на другія области нервной системы.

П. Останковъ. О лѣченіи желудочныхъ кризовъ спинносухоточныхъ. Обозрѣніе прихіатріи, неврологіи и экспериментальной и психологіи. 1896. № 1.

Авторъ настойчиво рекомендуетъ cerium oxalicum для лѣченія приступовъ рвоты у табетиковъ: продолжительность и интензивность криза замѣтно сокращается, явленія со стороны психики улучшаются, возможно введеніе въ желудокъ пищевыхъ веществъ.

Проф. В. М. Бехтеревъ. Значеніе эпителіальныхъ приборовъ чувствующихъ нервовъ въ отношеніи качественнаго различія воспринимаемыхъ ощущеній. (Обозрѣніе психіатріи. 1896 г. № 2.)

Авторъ обращаетъ вниманіе на то, что въ мозговой корѣ, мозговыхъ узлахъ, мозжечкѣ и спинномъ мозгу мы встрѣчаемъ одинаковые по существу нервные элементы, одинаковымъ образомъ приспособленные какъ для воспріятія, такъ и для проведенія возбужденій, и невозможность указать въ элементахъ нервной системы ничего такого, чѣмъ-бы можно было объяснить качественное различіе психическихъ процессовъ, что по автору зависитъ отъ периферическихъ приборовъ, предназначенныхъ для воспріятія внѣшняго раздраженія. Сложность строенія и разнообразіе этихъ эпителіальныхъ приборовъ не позволяютъ свести роль ихъ всего лишь на простую передачу раздра-

женія или защиту нервныхъ окончаній; а очевидно, что эти приборы должны играть еще извѣстную роль въ связи съ разнообразіемъ воспринимаемыхъ нами ощущеній и качественнымъ ихъ различіемъ, доказательствомъ чего еще служитъ необходимость, для того чтобы чисто физическій процессъ послужилъ толчкомъ для развитія физіологическаго процесса, чтобы внѣшній раздражитель принялъ такую форму, которая способна возбудить нервное волокно. Фактъ же, что голыя окончанія нервныхъ волоконъ не возбуждаются звуковыми волнами, а также свѣтовыми колебаніями эфира, ясно указываетъ, что эти приборы служатъ въ извѣстномъ смыслѣ преобразователями внѣшняго раздраженія въ такую форму, которая является вполнѣ пригодной для возбужденія нервнаго волокна. Самое раздраженіе нервныхъ окончаній въ различныхъ органахъ чувствъ представляется неодинаковымъ въ зависимости отъ строенія эпителіальнаго прибора и расположенія въ немъ нервныхъ окончаній, и различные органы чувствъ обладаютъ приборами, при посредствѣ которыхъ въ однихъ изъ нихъ нервныя волокна возбуждаются химически, въ другихъ механически. Самый же характеръ раздраженія какъ химическаго, такъ и механическаго, не смотря на приспособленіе къ тому или другому изъ этихъ раздраженій весьма рѣзко можетъ разнообразиться; такимъ образомъ периферическіе органы чувствъ съ ихъ эпителіальными приборами заключаютъ въ себѣ условія, благодаря которымъ раздраженіе нервныхъ волоконъ при различныхъ внѣшнихъ воздѣйствіяхъ представляется разнороднымъ. Точно также нужно допустить, что и характеръ нервнаго возбужденія различествуетъ въ зависимости отъ различія самаго раздраженія и существенныя различія въ качествѣ воспринимаемыхъ нами ощущеній находятся въ прямомъ соотношеніи съ различнымъ характеромъ возникающихъ на периферіи возбужденій и въ соотношеніи съ различными особенностями нервнаго возбужденія, притекающаго къ центрамъ. Фактъ, что нервы нашихъ спеціальныхъ органовъ чувствъ независимо отъ характера раздраженія, дѣйствующаго на ихъ протяженіи, вызываютъ въ центрахъ всегда ощущенія того же качества, какъ и возбужденія ихъ периферическихъ окончаній, который можно было бы истолковать въ томъ смыслѣ, что различіе въ характерѣ нашихъ ощущеній зависитъ отъ центровъ, авторъ объясняетъ привычкой, склонностью нервовъ, выходящихъ изъ спеціальныхъ органовъ чувствъ и соотвѣтствующихъ имъ центральныхъ органовъ, реагировать извѣстнымъ оброзомъ на внѣшнія раздраженія. Что же касается центробѣжныхъ проводниковъ, то и здѣсь та же зависимость внѣшняго эффекта, вызваннаго дѣятельностью центра, отъ тѣхъ-же соотношеній, въ которыя вступаетъ нервное волокно на периферіи.

Э. Н. Ивановъ. Къ этіологіи прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. (Военно-медицинскій журналъ, изд. главн. военно-мед. управ. апрѣль 1896 г.).

Авторъ сначала останавливается на случаяхъ и мнѣніяхъ найболѣе компетентныхъ ученыхъ по данному вопросу, потомъ приводитъ 50 собственныхъ наблюденій, гдѣ особенное вниманіе было обращено на этіологію прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ и какую роль въ этомъ отношеніи игралъ сифилисъ. Изъ собственныхъ и изъ наблюденій другихъ ученыхъ авторовъ дѣлаетъ тотъ выводъ, что сифилису въ этіологіи прогрессивнаго паралича нельзя отвести перваго мѣста, а лишь роль предрасполагающаго момента; главнымъ же этіологическимъ моментомъ нужно считать крайнее переутомленіе мозга, ведущее къ окончательному ослабленію его способности противодѣйствовать всякаго рода неблагопріятнымъ условіямъ, каковыя предъявляются той умственной борьбой за существованіе, которую долженъ выдержать мозгъ

культурнаго человѣка. Второе мѣсто авторъ отводитъ половымъ излишествамъ, каковыя чрезмѣрно истощаютъ нервную систему. Алкоголизмъ и травмы являются болѣе рѣдкими и то только предрасполагающими моментами. Чаще всего заболѣваютъ въ возрастѣ около 38 лѣтъ, въ болѣе раннемъ возрастѣ—значительно рѣже и въ такомъ случаѣ большую роль играетъ наслѣдственность т. е. наслѣдственная слабость мозга. Изъ сословій наиболѣе подвержено заболѣванію прогрессивнымъ параличемъ—военное, наименѣе—католическое духовенство.

ОТДѢЛЪ V.

Хроника и мелкія извѣстія.

I. Работы по устройству *Винницкой лѣчебницы* для душевно-больныхъ значительно подвинулись впередъ, зданіе въ своихъ главныхъ частяхъ готово. Оно разсчитано на 840 человѣкъ. Такимъ образомъ это будетъ самая крупная лѣчебница въ Россіи. Зданіе построено экономно — именно, кроват около 900 рублей. Съ іюля мѣсяца состоится назначеніе директора, по всей вѣроятности—нынѣшняго директора Казанской Окружной лѣчебницы. Къ началу будущаго 1897 года, лѣчебница откроетъ свою дѣятельность.

II. *Улучшеніе положенія психическихъ больныхъ въ Кирилловской больницѣ въ Кіевѣ.* Отдѣленіе душевно-больныхъ въ Кіевѣ состоитъ изъ 7 деревянныхъ павильоновъ, спеціально устроенныхъ въ 1876 году по иниціативѣ бывшаго Генералъ-Губернатора Князя Дондукова-Корсакова. По первоначальному проэкту это отдѣленіе, устроенное на 186 кроватей, должно было составить самостоятельное учрежденіе съ врачемъ—психіатромъ во главѣ. Однако же этимъ благимъ намѣреніямъ не удалось осуществиться, главнымъ образомъ вслѣдствіе противодѣйствія со стороны ближайшей администраціи больницы и Приказа Общественнаго Призрѣнія. Противъ выдѣленія психіатрическаго отдѣленія въ самостоятельное учрежденіе приводилось то соображеніе, что подобное отдѣленіе сопряжено съ расходомъ въ 1000 или 1500 руб., а что, наоборотъ, соединеніе психіатрическаго отдѣленія съ общей больницей дастъ казнѣ экономію въ 1000 руб. Благодаря этому соображенію вновь устроенное психіатрическое отдѣленіе не получило самостоятельности и осталось въ вѣдѣніи общей больничной администраціи безъ спеціалиста психіатра во главѣ. Положеніе отдѣленія въ продолженіи 20 лѣтъ было по истинѣ печально. Между тѣмъ контингентъ больныхъ увеличивался и со 180 человѣкъ дошелъ до теперешней цифры—450 больныхъ. До прошлаго года психіатрическое отдѣленіе съ его болѣе чѣмъ удвоившимся числомъ больныхь занимало то же помѣщеніе, которое едва было достаточно 20 лѣтъ назадъ. Благодаря крайней скученности, больные становились безпокойными, и буйное отдѣленіе, разсчитанное на 16 человѣкъ, содержало обыкновенно въ 4 раза большее число. Значительная часть больныхъ оставалась безъ лѣченія по невозможности примѣнить его. Для старшихъ врачей больницы—не спеціалистовъ—психіатрическое отдѣленіе являлось всегда пасынкомъ. Всѣ попытки психіатровъ содѣйствовать расширенію психіатрическаго отдѣленія терпѣли неудачу, главнымъ образомъ потому, что ближайшая администрація больницы т. е. Контора больницы находила невозможнымъ помѣщать больныхъ безъ желѣзныхъ рѣшетокъ, безъ крѣпкихъ затворовъ и высокихъ оградъ. Лишь благодаря случайному обстоятельству—временному исполненію врачемъ—психіатромъ обязанно-

стей Старшаго Врача—удалось расширить помѣщеніе психическихъ больныхъ присоединеніемъ зданія на 150 мѣстъ. Съ устраненіемъ такимъ образомъ скученности больныхъ, психіатрическое отдѣленіе стало неузнаваемымъ по наступившему относительному спокойствію больныхъ. Вновь присоединенное зданіе оставлено, по единогласному мнѣнію психіатровъ, *безъ желѣзныхъ рѣшетокъ и другихъ стѣснительныхъ приспособленій:* больные остались при условіяхъ *открытой двери.* Вопреки всѣмъ ожиданіямъ и опасеніямъ не спеціалистовъ, прошолъ совершенно благополучно годъ гуманнаго, лишеннаго стѣсненій содержанія больныхъ—при открытыхъ дверяхъ. Мы заносимъ этотъ фактъ въ нашу лѣтопись: онъ служитъ новымъ доказательствомъ того, что не слѣдетъ оставлять душевно-больныхъ подъ начальствомъ врачей—не психіатровъ.

Не можемъ не отмѣтить, что улучшенію участи душевно-больныхъ въ Кіевѣ много содѣйствовала умѣлая дѣятельность горячаго и убѣжденнаго администратора, непремѣннаго члена Приказа, С. Н. Кучинскаго.

III. *Медицина и народное образованіе.* Какъ ни кажутся далеко стоящими другъ отъ друга эти два понятія, но въ сущности они близки: медицина, какъ живая проповѣдь здраво-охранительныхъ идей, могущественно содѣйствуетъ уменьшенію предразсудковъ и развитію народныхъ массъ; въ свою очередь—просвѣщеніе народа составляетъ важнѣйшее условіе для успѣшнаго примѣненія медицины и проведенія въ жизнь гигіеническихъ понятій. Эпидеміи послѣднихъ лѣтъ и убійство врачей ослѣпленной народной толпой показали, какъ безплодна можетъ быть дѣятельность врача и какая тяжелая участь грозитъ ему при народномъ невѣжествѣ. Довольно вспомнить печальную судьбу доктора Молчанова! Эти мысли естественно приходятъ на умъ, когда мы читаемъ о крупномъ пожертвованіи Профессора Московскаго Университета Г. А. Захарьина. Захарьинъ 6 марта препроводилъ къ оберъ-прокурору Святѣйшаго Синода 500,000 рублей при слѣдующемъ письмѣ:

„Желая пожертвовать на общественныя нужды пятьсотъ тысячъ рублей (500,000 руб.) 4% государственною рентою; полагая наиболѣе вопіющими и наименѣе частною благотворительностью вспомоществуемыми таковыми нуждами матеріальное и духовное положеніе простого народа, а также матеріальное положеніе сельскаго духовенства; будучи убѣжденъ, что однѣ внѣшнія мѣры не улучшатъ матеріальнаго положенія народа, если онъ не укрѣпится внутренне, духовно, для борьбы съ своими слабостями; будучи убѣжденъ, что духовное укрѣпленіе возможно лишь на религіозной основѣ и, сдѣдовательно, должно происходить чрезъ служителей церкви, чрезъ ихъ дѣятельность въ церковномъ служеніи, пастырскомъ назиданіи и начальномъ учительствѣ—представляю при семъ означенный капиталъ для пособія процентами съ онаго, въ бѣднѣйшихъ приходахъ двухъ особенно близкихъ мнѣ епархій, Пензенской и Саратовской, церковно-приходскимъ училищамъ—или для устройства таковыхъ вновь—а также для пособія церковному причту, ревностному въ исполненіи своихъ вышеназванныхъ обязанностей. Самый капиталъ долженъ сохраняться навсегда неприкосновенно и неотчуждаемо на другія назначенія, проценты-же съ него должны дѣлиться между обѣими епархіями поровну“.

На всеподданнѣйшемъ докладѣ объ этомъ оберъ-прокурора Святѣйшаго Синода Государь Императоръ, 12 марта, изволилъ начертать: „Узналъ объ этомъ щедромъ пожертвованіи съ истинною радостію“.

Примѣръ знаменитаго клинициста, столь щедро одарившаго народъ своимъ пожертвованіемъ и своей заботливостью о его насущныхъ нуждахъ, доказываетъ намъ лишній разъ ту истину, что врачи, какъ сословіе, всегда отличались отзывчивостью и теплымъ отношеніемъ къ народнымъ нуждамъ.

IV. Общество трезвости въ Кіевѣ. По почину выдающихся гражданъ г. Кіева и нѣкоторыхъ профессоровъ возбуждено въ установленномъ порядкѣ ходатайство объ открытіи въ Кіевѣ общества трезвости.

V. Психіатрическая библіотека. Въ минувшемъ 1895 году напечатанъ въ Кіевѣ: *Систематическій каталогъ частной библіотеки, принадлежащей проф. Университета Св. Владиміра* **Ивану Алексѣевичу Сикорскому.** Въ предисловіи къ этому изданію читаемъ слѣдующее:

„При отсутствіи въ Кіевѣ спеціальныхъ библіотекъ, занятія психіатріей и нервными болѣзнями были бы почти невозможны безъ соотвѣтственной частной библіотеки. Эти условія, составляющія неизбѣжную принадлежность провинціальнаго города, послужили мотивомъ къ затратамъ на постепенное пріобрѣтеніе книгъ, каталогъ которыхъ нынѣ напечатанъ для удобнѣйшаго пользованія библіотекой. Кромѣ сочиненій по психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ каталогизированная библіотека содержитъ рядъ дополнительныхъ отдѣловъ, имѣющихъ болѣе или менѣе близкое отношеніе къ нервной и психической патологіи (медицина, философія, психологія, воспитаніе, статистика).

Въ небольшомъ отдѣлѣ „Психопатическая литература" собраны печатныя произведенія какъ авторовъ, несомнѣнно страдавшихъ психическимъ разстройствомъ, такъ отчасти и сочиненія здоровыхъ людей, въ стилѣ которыхъ случайно или путемъ подражанія закрались нѣкоторыя особенности, свидѣтельствующія о болѣзненныхъ чертахъ характера.

Библіотека содержитъ 3754 тома, 4541 названіе".

VI. Лекціи судебной медицины для юристовъ. Юридическій факультетъ Св. Владиміра пригласилъ Профессоровъ И. А. Сикорскаго и Н. А. Оболонскаго для чтенія лекцій по судебной медицинѣ и судебной психопатологіи студентамъ юридическаго факультета; вмѣстѣ съ тѣмъ факультетъ возбудилъ ходатайство о томъ, чтобы означенныя лекціи были обязательными для студентовъ. По слухамъ и другіе университеты возбудили подобныя же ходатайства. Не лишено интереса, что судебная медицина составляла обязательный предметъ на юридическомъ факультетѣ по университетскому уставу 1863 года. Нынѣ дѣйствующимъ уставомъ судебная медицина исключена изъ числа предметовъ юридическаго факультета. Неправильность такой постановки дѣла сказалась на практикѣ, и юридическіе факультеты стараются восполнить существенный пробѣлъ. Кстати сказать, судебная психопатологія читается во всѣхъ русскихъ университетахъ Профессорами или Приватъ-Доцентами въ качествѣ необязательнаго, но усердно посѣщаемаго слушателями курса.

VII. Отъ Общества Психіатровъ въ С.-Петербургѣ. Премія имени П. и Е. Дюковыхъ.

Премія имени П. и Е. Дюковыхъ присуждается ежегодно въ размѣрѣ суммы процентовъ образовавшихся въ теченіе года съ капитала (6,000 р.), который былъ для этой цѣли пожертвованъ Обществу Психіатровъ покойнымъ членомъ его Петромъ Андреевичемъ Дюковымъ, за вычетомъ изъ указанной суммы расходовъ за напечатаніе объявленій о преміи.

На соисканіе преміи принимаются сочиненія только на русскомъ языкѣ, какъ напечатанныя въ теченіи послѣднихъ трехъ лѣтъ, такъ и рукописныя (въ послѣднемъ случаѣ съ обозначеніемъ имени автора въ запечатанномъ конвертѣ съ девизомъ).

На трехлѣтіе съ 1-го марта 1896 по 1-е марта 1899 года Общество предлагаетъ слѣдующія темы для соискателей преміи П. и Е. Дюковыхъ:

а) Существуетъ ли особенная форма прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, обусловленная сифилисомъ?

б) О состояніяхъ психическаго автоматизма алкогольнаго происхожденія.

в) Клиническое изслѣдованіе острыхъ формъ помѣшательства съ цѣлью болѣе точнаго разграниченія ихъ.

г) О травматическихъ неврозахъ.

Кромѣ того, могутъ быть удостоены назначенной преміи и другія оригинальныя сочиненія, относящіяся къ психіатріи или ученію о нервныхъ болѣзняхъ, если они окажутся выдающимися по научному значенію, и перечисленныя темы должны служить лишь выраженіемъ желанія Общества, чтобы онѣ сдѣлались предметами научныхъ изслѣдованій.

Сочиненія, предназначаемыя на соисканіе преміи, должны быть доставляемы въ Общество Психіатровъ въ С.-Петербургѣ (предсѣдателю или секретарю онаго) не позже 1-го марта того года, въ которомъ будетъ происходить присужденіе преміи.

Сочиненія, не получившія преміи, могутъ быть удостоены почетнаго отзыва отъ Общества Психіатровъ.

VIII. Третій международный конгрессъ психологіи соберется въ Мюнхенѣ съ 4-го по 7-е августа (новаго стиля) 1896 г. Въ составъ организаціоннаго комитета съѣзда отъ Россіи входитъ приватъ-доцентъ Спб. университета Морицъ Эммануиловичъ Мендельсонъ (Спб., Галерная, 20), къ которому можно обращаться по всѣмъ вопросамъ, касающимся Съѣзда.

Открытіе съѣзда послѣдуетъ 4-го августа 1896 г. въ полдень въ университетѣ.—Въ съѣздѣ могутъ принимать участіе всѣ лица, интересующіяся распространеніемъ психологическихъ знаній и установленіемъ личныхъ сношеній съ психологами различныхъ странъ.—Дамы допускаются на съѣздъ наравнѣ съ мужчинами. Для принятія участія въ трудахъ съѣзда необходимо сообщить въ секретаріатъ съѣзда (Munich, Bavière Max-Iosephstrasse) свое имя, фамилію, мѣстожительство съ адресомъ, званіе и заглавіе своего доклада. Для принятія участія въ засѣданіяхъ съѣзда необходимо уплатить 20 фр. На съѣздѣ допускаются языки: нѣмецкій, французскій, англійскій и итальянскій.—Продолжительность доклада не свыше 20-ти минутъ.—Ученые, предполагающіе сдѣлать докладъ на съѣздѣ, приглашаются сообщить въ секретаріатъ съѣзда краткое содержаніе въ размѣрѣ одной или двухъ печатныхъ страницъ не позже 15-го мая.—Программа съѣзда обнимаетъ слѣдующіе отдѣлы:

I. Психофизіологія.

A. Анатомія и физіологія мозга и органовъ чувствъ (физіологическія основанія психической жизни). Развитіе нервныхъ центровъ. Локализаціи. Невроны. Проводящіе пути мозга. Строеніе мозга. Психическія отправленія нервныхъ центровъ; рефлекторные и автоматическіе акты; иннервація, специфическая энергія нервовъ.

B. Психофизика. Отношенія между физическимъ и психическимъ. Психофизическая методика. Законъ Фехнера. Физіологія органовъ чувствъ (мышечныя ощущенія и общее чувство, осязаніе, слухъ, зрѣніе и пр.). Время реакціи, измѣренія пульса, дыханія и мышечнаго утомленія.

II. Психологія нормальнаго человѣка.

Цѣли. Методы. Наблюденія и опыты. Психологія органовъ чувствъ, ощущеній и идей, память. *Законы ассоціаціи.* Сознаніе и безсознательное, вниманіе, привычка, ожиданіе, упражненіе. Пространство, какъ предметъ зрительнаго и осязательнаго воспріятія. Геометрическія и оптическія иллюзіи. Воспріятіе времени.—*Сознаніе.* Дѣятельность воображенія. *Чувства и ощущенія*, чувства эстетическія, нравственныя и интеллектуальныя. Душевныя волненія. Система воли, сознаніе воли, волевыя дѣй-

ствія, выразительныя движенія, этическіе факты. Личное сознаніе, развитіе личности, индивидуальныя разности.—Гипнотизмъ. Психическій автоматизмъ, важность внушеній съ точки зрѣнія юридической и педагогической, а также съ точки зрѣнія воспитательной психологіи.

III. Психопатологія.

Значеніе наслѣдственности въ психопатологіи; статистическія данныя, вопросъ о наслѣдственности пріобрѣтенныхъ качествъ. Передача душевныхъ и тѣлесныхъ свойствъ. Наблюденія, касающіяся вырожденія, а равно вырожденія и геніальности. Наслѣдственность съ точки зрѣнія нравственной и общественной.—Отношеніе психологіи къ уголовному праву. Психопатологія полового инстинкта. Истерія и Эпилепсія. Перемежающееся сознаніе. Психическое зараженіе. Патологическая сторона Гипнотизма. Психотерапія. Телепатія. Психическій трансфертъ. Международная статистика галлюцинацій. Галлюцинаціи. Насильственныя мысли. Афазія.

IV. Сравнительная психологія.

Статистика психологическихъ фактовъ. Психологія ребенка. Психическія отправленія животныхъ. Психологія народовъ и антропологическая психологія. Сравнительныя данныя изъ языкознанія и графологіи съ психологической точки зрѣнія.

IX. Четвертый международный съѣздъ уголовной антропологіи въ Женевѣ состоится въ Женевѣ отъ 24 по 29 августа 1896 г.; онъ будетъ имѣть предметомъ своихъ занятій, подобно предшествовавшимъ съѣздамъ (Римъ 1885 г. Парижъ 1889 г. Брюссель 1892 г.), научную разработку преступности у человѣка, ея связи съ біологіей и соціологіей. Члены съѣзда вносятъ 20 фрн. общему секретарю и получатъ безплатно отчеты съѣзда. Доклады на французскомъ языкѣ присылаются въ организаціонный комитетъ.

Списокъ книгъ поступившихъ въ редакцію.

Г. Челпановъ. Проблема воспріятія пространства въ связи съ ученіемъ объ апріорности и врожденности. Ч. I. Представленіе пространства съ точки зрѣнія психологіи. Кіевъ, 1896.

Проф. И. А. Сикорскій. Физиологіята на нравственнитѣ страдания. Публична лекция. Прѣведе С. Тончевъ. Варна, 1895.

Проф. Н. М. Поповъ. Острое безсмысліе. Рѣчь. Казань, 1896.

Б. И. Воротынскій. Къ казуистикѣ опухолей Вароліева моста. Казань, 1896.

В. А. Муратовъ. Интеллектуальныя функціи головного мозга. Рѣчь. Казань, 1896.

Н. Я. Фойницкій. Къ вопросу о вліяніи нервовъ на заживленіе травматическихъ поврежденій произвольныхъ мышцъ. Дисерт. Спб., 1895.

Вл. Сербскій. Судебная психопатологія. Вып. 1-й. Законодательство о душевно-больныхъ. Москва, 1896.

Проф. И. Г. Оршанскій. Законы наслѣдственности. Харьковъ, 1896.

Н. В. Краинскій. Къ ученію о патологіи эпилепсіи. Вып. I. Харьковъ, 1895.

Проф. В. Бехтеревъ. Значеніе органовъ равновѣсія въ образованіи представленій о пространствѣ. Спб., 1896.

B. Worotynsky. Uber die Suspension als eine Behandlungsmethode bei Nervenkrankheiten (Sonderabdr. a. d. Deutshe Zeitschr. f. Nervenheilkunde).

Б. И. Воротынскій. Отчетъ о научной дѣятельности общества невропатологовъ и психіатровъ при Имп. Казанскомъ Университетѣ за 1895 г., съ включеніемъ данныхъ по состоянію библіотеки и кассы Общества. Казань, 1896.

Б. И. Воротынскій. Отчетъ по колоніи душевно-больныхъ въ селѣ Бурашевѣ 1894—1895 г. Тверь, 1896.

Б. И. Воротынскій. О колоніи душевно-больныхъ въ Бурашевѣ. Тверь, 1895.

П. П. Кащенко. Статистическій очеркъ положенія душевно-больныхъ въ Нижегородской губерніи. Н.-Новгородъ, 1895. Изд. Нижегор. Губ. Земства.

Д. Г. Гинзбургъ-Шикъ. Медико-хозяйственный отчетъ по Херсонской губернской земской лѣчебницѣ и колоніи для душевныхъ и нервныхъ больныхъ за 1894 г. Херсонъ, 1895. Изд. Херс. Губ. Зем. Упр.

B. Vorotynsky. Sur l'importance de la suspension de la colonne Vertébrale en position horisontale dans les myélites par compression, (Extrait de la Revue neurologique).

В. Воротынскій. Медицинска бесѣда, популярно медицинско списаніе. Подъ редакцията на д-ръ Витановъ. Ноемврий—Декемврий, 1895. Видинъ, 1896.

Б. Воротынскій. Отчетъ о дѣятельности состоящей подъ Высочайшимъ Императорскаго Величества Государыни Императрицы Маріи Ѳеодоровны покровительствомъ Дѣтской больницы св. Ольги въ Москвѣ за 1894 г. Москва, 1895.

А. А. Токарскій. О насильственныхъ внушеніяхъ. Москва. 1896.

А. А. Токарскій. О темпераментѣ. Рѣчь. Москва. 1896.

А. А Токарскій. Записки психологической лабораторіи психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. Вып. 1 и 2. Москва, 1896.

В. А. Муратовъ. Къ патологической физіологіи и дифференціальному діагнозу кортикальной эпилепсіи. Изъ журнала «Медицинское Обозрѣніе». № 1, 1896.

Николай Гротъ. Основанія экспериментальной психологіи. Москва, 1896 г.

Проф. Я. А. Анфимовъ. Симптомокомплексъ Millard-Gubler'а истерической натуры. Изъ «Обозрѣнія Психіатріи» № 1. 1896.

Проф. Н. М. Поповъ и В. И. Жестковъ. Случай своеобразнаго трофическаго разстройства въ области верхнихъ конечностей. Изъ Невр. Вѣстн. т. IV. 1896 г.

ОПЕЧАТКИ

къ статьѣ М. ЛАПИНСКАГО.

				Напечатано:	Должно быть:
Стр.	79.	Стр.	10	снизу—основательными	основными.
,,	—	,,	4	снизу—D c. Kronthol	Dr. Kronthal.
,,	80.	,,	19	свер.—препятствуютъ	препятствовать.
,,	—	,,	5	снизу—что если этотъ	что этотъ.
,,	—	,,	4	снизу—то и	т. е. и.
,,	81.	,,	5	свер.—а между тѣмъ	гдѣ между тѣмъ.
,,	82.	,,	11	свер.—такъ и	токъ.
,,	—	,,	5	снизу—Celophorca	Celophorea.
,,	83.	,,	15	свер.—клѣтки	клѣтки эти.
,,	85.	,,	8	свер.—на adventitia	надъ adventitia.
,,	86.	,,	6	свер.—Лабораторію	Лоборatoріи.
,,	87.	,,	13	снизу—мацереціи	мацераціи.
,,	—	,,	7	снизу—Арлиховскимъ	Эрлиховскимъ
,,	88.	,,	6	свер.—Сохранили	Сохраняли.
,,	94.	,,	14	свер.—ллинныхъ ядеръ 5—7 круглыхъ	длинныхъ ядеръ 5—7
,,	—	,,	18	свер.—4—3 μ	круглыхъ 4—3.
,,	—	,,	19	свер.—3—2 μ	круглыхъ 3—2.
,,	—	,,	20	свер.—1—2 μ	круглыхъ 1 2.
,,	—	,,	21		круглыхъ 1
,,	96.	,,	3	свер.—Во первыхъ	В. Во первыхъ.
,,	—	,,	5	свер.—эти маленькія	а). Эти маленькія.
,,	—	,,	6	свер.—а) существующимъ	существующимъ.
,,	—	,,	7	свер.—b) минимальная	b) найденная минимальная.
,,	—	,,	17	свер.—то весь	то есть.
,,	—	,,	8	снизу—которые	который.
,,	98.	,,	16	свер.—периферическій	періартеріитическій.

				Напечатано:	Должно быть:
Стр.	98.	Стр.	16	снизу—опредѣленіе какъ	опредѣленіе ихъ какъ.
,,	—	,,	3	снизу—раньше	Ранвье.

„ 102. „ 16 снизу—ничинается словами:—Свѣдѣнія о такихъ тончайшихъ капиллярахъ и т. д. Весь этотъ отрывокъ до конца страницы долженъ начинать 102 страницу—тѣ же строки которыми теперь начинается страница должны находить въ низу и составлять продолженіе «Примѣчанія» начинающагося на предыдущей страницѣ.

				Напечатано:	Должно быть:
Стр.	103.	Стр.	9	свер.—Космовскому	Комоцкому.
,,	—	,,	5	снизу—выводамъ, изложеннымъ ниже, что	выводамъ что.
,,	104.	,,	15	свер.—Интересенъ далѣе	С. Интересенъ далѣе.
,,	105.	,,	3	свер.—помѣстимъ	по мѣстамъ.
,,	109.	,,	1	свер.—отъ 10 μ—1,5 μ.	отъ 10 μ до 1,5 μ.
,,	—	,,	7	снизу—къ ядру	къ просвѣту.
,,	—	,,	4	снизу—Лажали	Лежали.
,,	113.	,,	19	свер.—и самъ Hys	и самимъ Hys'омъ.
,,	—	,,	24	свер.—влагалища—описанные	влагалища, но описанные.
,,	—	,,	24	свер.—periarteristis	periarteriitis.
,,	115.	,,	1	свер.—Что касается	Д.—Что касается.
,,	—	,,	1	свер.—(Д.—lumen)	(lumen).

ВОПРОСЫ
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

ВОПРОСЫ

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

ЖУРНАЛЪ,

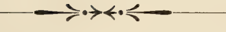
посвященный вопросамъ психіатріи, нервной патологіи, физіологической психологіи, нервно-психической гигіены и пр.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. Университета Св. Владиміра И. А. Сикорскаго.

ГОДЪ ПЕРВЫЙ

1896.





КІЕВЪ.

Тип. С. В. Кульженко, Ново-Елисавет. ул., д. № 4.

1896.



ОТДѢЛЪ I.

1.

Вопросы отчетности психіатрическихъ заведеній.

Доктора М. Игнатьева.

Задача отчета лѣчебнаго заведенія—двойная: подвести итоги годовой дѣятельности заведенія и дать матеріалъ для сужденія по разнымъ вопросамъ, научнымъ и практическимъ, относящимся къ ней. Представленіе отчетомъ годовыхъ итоговъ составляетъ предметъ удовлетворенія требованій, предъявляемыхъ учрежденіями, отъ которыхъ такъ или иначе зависитъ лѣчебное заведеніе. Объемъ и форма этого рода отчетности опредѣляется вполнѣ характеромъ этихъ требованій и отношеній заведенія къ этимъ учрежденіямъ. Касаться ея я не имѣю въ виду и буду говорить объ отчетахъ, лишь какъ о сборникахъ матеріаловъ изъ практики лѣчебныхъ заведеній.

Почти всѣ отчеты психіатрическихъ учрежденій, давая числовыя выраженія состава больныхъ по формамъ болѣзни, регистрируютъ затѣмъ данныя по другимъ отчетнымъ рубрикамъ (причины заболѣванія, возрастъ, брачное состояніе и т. д.) въ общихъ числахъ, относящихся ко всѣмъ пользовавшимся или поступившимъ въ заведеніе, въ томъ числѣ и къ душевно-здоровымъ, оказавшимся по тѣмъ или другимъ причинамъ среди душевно-больныхъ. Такая совмѣстимая регистрація уже по существу своему не желательна. Но, независимо отъ этого, клиника душевныхъ болѣзней совмѣщаетъ въ себѣ столь существенно разнообразныя формы и при томъ различныя въ ихъ отношеніяхъ къ этіологіи, возрасту и т. д., что объединить ихъ въ одну общую группу при настоящемъ состояніи науки является слишкомъ общимъ, слишкомъ мало отвѣчающимъ цѣлямъ возможно точной статистики. Въ самомъ

дѣлѣ, можно ли сопоставлять и суммировать данныя о возрастномъ составѣ душевно-больныхъ, если, напр., среди пользовавшихся въ 1894 г. въ домѣ призрѣнія душевно-больныхъ и въ Херсонской лѣчебницѣ было больныхъ съ dementia consecutiva въ первомъ 69%, а во второй лишь 15%,—или данныя о брачномъ состояніи, когда, напр., среди поступившихъ въ 1893 г. въ Саратовскую и Симферопольскую больницы было идіотовъ и imbecill'иновъ въ первой лишь 1%, а во второй 4,6%,—или данныя о мѣстѣ жительства, напр., поступившихъ въ 1895 г. въ Бурашовскую колонію и Уфимскую больницу, если въ первой алкоголики (мужчины) составляли 10% мужского состава больныхъ, а во второй—38%, или, наконецъ, данныя о наслѣдственности «*душевной болѣзни*», если, напр., среди мужчинъ, поступившихъ въ 1892 г. въ Рязанскую лѣчебницу и въ 1893 г. въ Смоленскую больницу, больныхъ съ прогрессивнымъ параличемъ было 17% въ первой и лишь 5% во второй. Примѣры эти взяты мною случайно и могутъ быть увеличены. Они доказываютъ, что общія числа душевно-больныхъ, въ какія бы детальныя группы ни распредѣляли ихъ, далеко не имѣютъ того значенія, которое, быть можетъ, предполагается, и даютъ матеріалъ гадательной цѣнности, требующій большой осторожности въ обращеніи съ нимъ для какихъ либо выводовъ. Вотъ почему, въ виду вниманія и труда, которые, несомнѣнно, посвящаются составленію многихъ отчетовъ, необходимо оставить старый пріемъ суммарнаго представленія данныхъ о душевно-больныхъ и давать *статистическій матеріалъ о больныхъ по роду ихъ болѣзненнаго состоянія*. Такого пріема въ настоящее время держатся отчеты Тамбовскій (о поступившихъ) и отчасти Уфимскій (съ 1895 г.).

Къ сожалѣнію, классификація психозовъ не можетъ считаться установленною. Совершенно вѣрно замѣтилъ Л. Ф. Рагозинъ въ своемъ докладѣ «*объ отчетности въ учрежденіяхъ для призрѣнія и лѣченія душевно-больныхъ*», представленномъ имъ 1-му съѣзду отечественныхъ психіатровъ, что можно «*держаться любой классификаціи, лишь бы она была принята всѣми и мы понимали бы другъ друга*». При болѣе практическомъ направленіи съѣзда обсужденіе этого доклада, касавшагося всѣхъ сторонъ дѣятельности означенныхъ учрежденій, сослужило-бы, несомнѣнно, существенную пользу правильной постановкѣ какъ самой дѣятельности учрежденій, такъ и отчетности по нимъ. Замѣчаніе же Л. Ф. Рагозина по поводу классификаціи составляетъ выраженіе основныхъ требованій статистики и условнаго значенія «*статистической*» классификаціи. Именно въ виду неустановившихся, даже еще и теперь, взглядовъ на соотношеніе отдѣльныхъ клиническихъ формъ, вопросъ о классификаціи въ цѣляхъ статистическихъ сводится не къ установленію обязательной для всѣхъ научной, болѣе или менѣе

детальной, классификаціи, а къ условному соглашенію въ тѣхъ общихъ классификаціонныхъ рубрикахъ, въ предѣлахъ которыхъ классификація можетъ быть принята и согласно понимаема всѣми, причемъ детальная разбивка этихъ общихъ рубрикъ на группы клиническихъ формъ можетъ быть предоставлена каждому соотвѣтственно его научному убѣжденію и взгляду. Между тѣмъ классификація С.-Петербургскаго общества психіатровъ и въ особенности Московскаго общества имѣетъ тенденцію насиловать научные взгляды врачей и научное пониманіе ими отдѣльныхъ клиническихъ формъ. Въ этомъ я вижу причину, почему мы не имѣемъ общепринятой классификаціи, а та, которая повидимому, принята многими, понимается въ своихъ научныхъ терминахъ различно разными авторами.

Чтобы не быть голословнымъ, я привожу слѣдующіе примѣры изъ отчетовъ за послѣдніе годы.

1) Не смотря на то, что всѣ отчеты содержатъ обособленныя классификаціонныя рубрики съ терминами, относящимися до опредѣленныхъ клиническихъ формъ: „*melancholia*“ и „*mania*“,—есть, однако, основаніе думать, что авторы отчетовъ значительно расходятся въ пониманіи этихъ терминовъ въ схемѣ классификаціи: одни понимаютъ подъ этими терминами именно точно опредѣляемыя ими клиническія формы, другіе, повидимому, считаютъ ихъ за статистическія рубрики, суммирующія собою нѣсколько клиническихъ формъ. На это указываетъ слишкомъ большая разница въ чистотѣ этихъ формъ по даннымъ разныхъ отчетовъ. Напр., въ Смоленской больницѣ изъ 406 женщинъ, поступившихъ въ 1891—1893 г.г., больныхъ меланхоліею зарегистрировано 6%, а въ Саратовской изъ 357 (за г.г. 1892—1894)—18%, или изъ 341 мужч., поступившихъ въ Уяздовскій госпиталь, меланхоликовъ показано лишь 1%, а въ Бурашовской колоніи изъ 431, поступившихъ въ 1892 и 1893 г.г.,—11%. Подобную же разницу въ процентныхъ отношеніяхъ можно доказать и для больныхъ маніею.

2) Группа психозовъ, которая, по справедливости, можетъ быть названа «*острымъ безсмысліемъ*» представляетъ наибольшія различія въ оцѣнкѣ составляющихъ ее формъ и въ пониманіи терминовъ, относящихся къ записи этихъ формъ. Есть отчеты, которые называютъ всю эту группу „*paranoia acuta*“, напр., отчеты больницъ Ярославской, Симферопольской и др. Другіе отчеты отдѣляютъ случаи paranoiae acutae отъ amentiae, помѣщая послѣдніе или въ самостоятельную рубрику (напр., Смоленской, Херсонской, Уфимской больницъ и Уяздовскаго госпиталя), или въ отдѣлъ особыхъ случаевъ (напр., отчетъ Колмовской больницы). Нѣкоторые отчеты, напр., Уяздовскаго госпиталя, записываютъ случаи paranoiae acutae совмѣстно съ случаями paronoiae chronicae. Отчетъ Саратовской больницы отличаетъ для мужчинъ случаи

остраго первичнаго сумашествія отъ случаевъ хроническихъ, а для женщинъ-же эти два ряда случаевъ соединяетъ въ одну общую группу. Одни отчеты, въ числѣ ихъ и тѣ, которые придерживаются термина „amentia Meynerti", выдѣляютъ случаи dementiae primariae, delirii acuti, другіе, нужно думать заносятъ эти случаи или въ рубрику *„paranoia acuta»*, или въ рубрику *„особыхъ случаевъ"*. Отчетъ Пензенской больницы помѣщаетъ случаи delirii post typhum, delirii traumatici, asthenici въ общую рубрику особыхъ случаевъ, а Симферопольскій отчетъ подобные же случаи (del. post typhum, послѣ соматическихъ болѣзней, del. ex inanitione) относитъ къ рубрикѣ *„paranoia acuta"*. Тамбовскій отчетъ заноситъ острые преходящіе психозы въ группу *„psychoses transitoriae"*, независимо отъ формы ихъ клинической картины. Я остановлюсь на приведенныхъ примѣрахъ, достаточно наглядно подтверждающихъ существующее разнообразіе въ регистраціи формъ *„остраго безсмыслія"*.

3) Казалось бы что группа *„psychoses periodicae"* должна быть предметомъ наименьшаго разногласія въ записяхъ. Но на самомъ дѣлѣ и въ отношеніи ея отчеты расходятся значительно. Отчетъ Полтавской больницы совсѣмъ не упоминаетъ этого рода случаевъ, относя, вѣроятно, melancholiam periodicam въ рубрику *„melancholia"*, maniam periodicam— въ рубрику *„mania"* и т. д. Отчеты нѣкоторыхъ больницъ даютъ слишкомъ большую разницу въ $^0/_0{}^0/_0$ больныхъ періодическими психозами. Напр., въ Пензенской больницѣ изъ 390 поступившихъ женщинъ (за 1891—1893 г.г.) больныхъ періодическими формами было $4^0/_0$, а въ Рязанской—$21^0/_0$ изъ 231 женщинъ, поступившихъ съ 1891 и 1892 г.г. Кромѣ того сравненіе чиселъ этого рода больныхъ, остававшихся къ концу одного года, съ числомъ больныхъ, показанныхъ въ отчетѣ за слѣдующій годъ оставшимися къ началу года, обнаруживаетъ значительное несогласіе этихъ цифръ, которое свидѣтельствуетъ о субъек тивности, случайности и подъ-часъ значительной ошибочности въ діагнозѣ періодическихъ формъ.

4) Относительно рубрики *«paronoia chronica»* сомнѣніи въ одинаковомъ пониманіи этой рубрики получаетъ свое основаніе въ сопоставленіи $^0/_0$ хроническихъ параноиковъ въ разныхъ больницахъ: въ однѣхъ, напр., этотъ $^0/_0$ среди поступившихъ мужчинъ равенъ 3, среди женщинъ—1, въ другихъ онъ свыше 10 до 14 для мужчинъ и около 10 для женщинъ. Кромѣ того въ отчетахъ Смоленской больницы и Бурашовской колоніи отмѣчены не единичные случаи выздоровленія при paranoia chronica, между тѣмъ какъ въ отчетахъ цѣлаго ряда другихъ больницъ такихъ случаевъ не констатируется. Рубрика *«paronoia chronica»* представляетъ несомнѣнно общую рубрику, и указаніе на составъ входящихъ въ нее клиническихъ формъ тѣмъ болѣе необходимо, что въ этомъ отношеніи взгляды авторовъ, повидимому, значительно рас-

ходятся. Какъ примѣръ, я могу привести хотя бы тотъ, что въ отчетѣ Херсонской лѣчебницы (за 1894 г.) внесены въ эту рубрику случаи paranoiae originariae, которые въ другихъ отчетахъ относятся къ группѣ *«psychoses degenerativae»*. Отчетъ Уфимской больницы за 1895., указывая, что изъ 25 параноиковъ 7 имѣли бредъ преслѣдованія, 2—бредъ величія, 1—бредъ религіозный, а остальные 15—*«неопредѣленный бредъ»*, оставляетъ эти послѣдніе случаи безъ дальнѣйшихъ поясненій. Отчетъ Дома призрѣнія (за 1894 г.) кромѣ рубрики paronoia chronica обособляетъ въ самостоятельныя рубрики случаи paronoiae hallucinatoriae chronicae и paranoiae querulentis. Отчеты Тамбовской больницы (за 1894 г.) и Смоленской (за 1893 г.) устанавливаютъ рубрику *«hallucinationes»*, причемъ сущность болѣзненныхъ формъ, отнесенныхъ къ ней, не ясна.

5) Существенный недостатокъ въ регистраціи *dementiae secundariae* заключаются въ томъ, что одни отчеты исправляютъ остатокъ больныхъ этого рода на счетъ больныхъ, сдѣлавшихся дементиками послѣ перенесенія ими острыхъ психозовъ, другіе же—переносятъ эти остатки изъ года въ годъ безъ исправокъ. Вторымъ болѣе важнымъ источникомъ несогласія является *dementia alcoholica*, которая нѣкоторыми отчетами (напр., Дома призрѣнія за 1894 г.) реставрируется въ рубрикѣ *dementia secundaria*, а другими—въ другихъ рубрикахъ.

6) Изъ группы психозовъ органическаго происхожденія: *dementia e laesione cerebri organica, paralysis progressiva* и *dementia senilis*, наибольшее и весьма значительное несогласіе въ регистраціи обнаруживается относительно *dementia e laes. c. ord.* Нѣкоторые отчеты даже совсѣмъ не содержатъ въ себѣ такой рубрики (напр. Саратовскій, Рязанскій), оставляя на произволъ читателя судить—относится ли, напр., *«hemiplegia sinistra»* или *«tumor cerebri»* къ соматическимъ или психическимъ разстройствамъ.

7) О разнообразіи въ регистраціи *психозовъ, развивающихся на почвѣ общихъ неврозовъ: эпилепсіи, истеріи и неврастеніи*, можетъ свидѣтельствовать уже одна форма ея. Одни отчеты регистрируютъ указываемыя случаи подъ общими терминами: *hysteria, epilepsia, neurasthenia* (напр. Тамбовскій), другіе—такъ: *hysteria et psychoses histericae, epilepsia et psychoses epilepticae* (напр. Колмовскій), третьи только: *psyhoses hystericae, psychoses epilepticae* (напр. Саратовскій). Херсонскій отчетъ помимо рубрикъ послѣдняго рода выдѣляетъ рубрики: *hysteria, epilepsia, neurasthenia,* относя ихъ въ отдѣлъ *«неврозовъ»*. Рубрики неврастеническихъ психозовъ во многихъ отчетахъ не содержится вовсе.

8) Относительно *алкогольныхъ психозовъ*, острыхъ и хроническихъ, большинство отчетовъ регистрируетъ всѣ эти формы въ одной общей рубрикѣ, другіе обособляютъ лишь рубрику случаевъ *delirii trementis,*

а случаи тѣхъ формъ относятъ, напр. въ группу новыхъ случаевъ. При такой несогласной регистраціи самый составъ формъ этой группы психозовъ понимается разными авторами различно: одни относятъ сюда всѣ психозы алкогольнаго происхожденія независимо отъ ихъ формы, другіе исключаютъ, напр., *dypsomaniam*, которую заносятъ въ рубрику періодическихъ психозовъ, иные причисляютъ сюда лишь случаи *delirii trementis* и такъ называемаго хроническаго алкоголизма, а случаи такъ называемаго остраго алкоголизма (*paranoia acuta alcoholica*) относятъ, вѣроятно, въ рубрику paranoia acuta. О несогласной регистраціи случаевъ *dementiae alcoholicae* я уже упомянулъ выше [1]).

9) Случаи *idiotismi et imbecilitatis* одними отчетами заносятся въ одну общую рубрику, другими—въ двѣ. Отчетъ Дома призрѣнія душевно-больныхъ включаетъ въ рубрику: «idiotismus et imbecilitas congenita et acquisita» случаи сочетанія этихъ формъ съ эпилепсіею. Отчетъ Тамбовскій относитъ послѣдняго рода случаи къ рубрикѣ «*epilepsia*». Какъ регистрируютъ такіе случаи другіе отчеты—прямыхъ указаній нѣтъ.

10) Наконецъ, группа «*особыхъ и остальныхъ случаевъ*» при настоящемъ состояніи отчетности вмѣщаетъ въ себѣ формы, которыя другими отчетами заносятся въ соотвѣтственныя рубрики патологической таблицы. Существеннымъ, однако, недостаткомъ этой группы является во многихъ отчетахъ ея неразчлененность, общность ея цифры, обнимающей случаи не только психопатическіе, но и невропатическія, а иногда случаи «*испытанія*» здоровыхъ.

Къ изложеннымъ замѣчаніямъ, обрисовывающимъ разногласіе авторовъ отчетовъ въ способахъ регистраціи и въ пониманіи отдѣльныхъ терминовъ ея, слѣдуетъ присоединить еще слѣдующія. Нѣкоторые авторы вообще поправляютъ цифры остатковъ больныхъ въ своихъ послѣдующихъ отчетахъ, стремясь, очевидно, дать возможно точный матеріалъ, другіе переносятъ эти остатки изъ отчета въ отчетъ безъ всякихъ поправокъ. При этомъ я пользуюсь случаемъ обратить вниманіе на такого рода несогласія въ цифрахъ остатковъ, какъ напр., въ Саратовскомъ отчетѣ за 1893 г. показано 27 врожденно-слабоумныхъ мужчинъ, оставшихся къ 1894 г., а въ отчетѣ за 1894 г. число этого рода больныхъ, оставшихся къ началу того же 1894 года отмѣчено лишь 19. Подобные примѣры даютъ право думать, что не всѣмъ отчетамъ посвящается желательное вниманіе въ распредѣленіи больныхъ по формамъ

---

[1]) На мой взглядъ,—самые термины: alcoholismus acutus et chronicus—неудачны и было бы лучше замѣнить ихъ болѣе опредѣлительными терминами: psychoses sub alcoholismu acuto et chronico.

болѣзненнаго состоянія. Тамбовскій отчетъ не показываетъ остатковъ больныхъ къ началу года, а даетъ данныя лишь о поступившихъ, выбывшихъ, умершихъ и оставшихся къ концу года. Но если сложить числа выбывшихъ, умершихъ и оставшихся по отчету, напр., 1894 г., а съ другой стороны—числа остававшихся къ концу 1893 г. и поступившихъ въ 1894 г., то по большинству классификаціонныхъ рубрикъ суммы эти окажутся рѣзко несогласными и въ числѣ выбывшихъ находятся больные такими формами, которыхъ не показано ни среди остававшихся, ни среди поступившихъ (*nisanitas moralis,* индуцированное помѣш.). Отчеты Владимірской больницы въ этомъ отношеніи представляютъ еще большее своеобразіе.

Всѣ сдѣланныя мною замѣчанія, иллюстрированныя прямыми указаніями на тотъ или другой отчетъ лишь въ видѣ примѣровъ и то только за послѣдніе годы, имѣютъ цѣлью доказать необходимость измѣнить систему отчетности по формамъ болѣзни. Настоящее состояніе этой отчетности умаляетъ значеніе самого статистическаго матеріала, даваемаго отчетами, и вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшаетъ цѣнность труда, затрачиваемаго на составленіе отчетовъ. При отсутствіи согласія въ группировкѣ психозовъ и въ пониманіи тѣхъ или другихъ предложенныхъ классификаціонныхъ терминовъ, для авторовъ отчетовъ остается одно изъ двухъ: или распредѣлять свой матеріалъ въ общія большія классификаціонныя группы, или, наоборотъ, придерживаясь той или другой общей схемы классификаціи, разбивать группы психозовъ на *отдѣльныя клиническія формы*. Общія большія классификаціонныя группы психозовъ могутъ быть составлены различно, смотря по тому или другому правилу, принимаемому при этомъ въ основаніе. Я привожу лишь какъ примѣръ, слѣдующую схему такой классификаціи: 1) *слабоуміе врожденное* или пріобрѣтенное съ дѣтства: а) сочетанное съ эпилепсіею, б) безъ такого сочетанія; 2) *психозы на почвѣ выраженнаго органическаго страданія мозга*; 3) *психозы на почвѣ общихъ неврозовъ*: а) эпилепсіи, б) истеріи, в) неврастеніи; 4) *психозы на почвѣ остраго и хроническаго отравленія алкоголемъ;* 5) *психозы простые*: а) острые, б) съ хроническимъ теченіемъ; 6) развившееся изъ нихъ *послѣдовательное слабоуміе*; 7) *особыя* психопатическія состоянія; 8) *невыясненные* случаи; 9) *душевно-здоровые*: а) соматически-больные, б) соматически-здоровые.

Въ интересахъ научности и точности матеріала способъ представленія его по отдѣльнымъ клиническимъ формамъ наиболѣе цѣлесообразенъ. При этомъ краткія указанія со стороны авторовъ отчетовъ своихъ взглядовъ на то, какіе именно случаи разумѣютъ они подъ тѣмъ или другимъ терминомъ, опредѣляющимъ клиническія формы, или ссылки на тѣхъ авторовъ, которые употребляютъ этотъ терминъ въ ихъ смы-

слѣ, съ прибавленіемъ въ соотвѣтственныхъ случаяхъ указаній на особенности почвы ихъ развитія—что устранитъ всякое недоразумѣніе въ ихъ пониманіи. Такой матеріалъ, будетъ вполнѣ опредѣлителенъ, сравнимъ по разнымъ заведеніямъ и за разное время и вполнѣ годенъ для точныхъ научныхъ выводовъ и обобщеній. Увеличеніе объема отчетовъ съ избыткомъ покроется научнымъ достоинствомъ ихъ. Дальнѣйшимъ цѣннымъ прибавленіемъ къ такимъ отчетамъ можетъ служить поясненіе ихъ исторіями болѣзни выдающихся случаевъ. Мнѣ остается лишь повторить, что въ тѣхъ же цѣляхъ точности и научности матеріала необходимо представлять при каждой клинической формѣ весь статистическій матеріалъ, относящійся къ больнымъ этой формою, а не давать его въ суммарномъ видѣ для всѣхъ душевно-больныхъ [1]). Отчеты больницъ Тамбовской, Симферопольской, Уфимской (за 1895 г.) приближаются въ той или другой степени къ указываемому способу составленія отчетовъ.

При распредѣленіи статистическаго матеріала по отдѣльнымъ клиническимъ формамъ необходимо, *чтобы въ числовыя свѣдѣнія о движеніи больныхъ включались данныя о* **переходѣ соотвѣтственныхъ первичныхъ формъ во вторичныя**, *послѣдовательныя*, 2)*чтобы статистическія свѣдѣнія*

---

[1]) Еслибы подробная по отдѣльнымъ клиническимъ формамъ отчетность за каждый годъ оказалась затруднительною, то авторы отчетовъ могли бы держаться порядка давать въ каждомъ годовомъ отчетѣ такого рода подробныя данныя по одной или двумъ общимъ классификаціоннымъ группамъ (см. выше) за 3 года или за 5 лѣтъ сразу ограничиваясь по другимъ общимъ группамъ психозовъ представленіемъ лишь цифроваго матеріала о движеніи больныхъ, не входя въ детали и исчерпывая содержаніе отчета итогированіемъ, годовой дѣятельности заведенія въ смыслѣ ея общей характеристики. Для послѣдней, дѣйствительно, вполнѣ достаточны общія примарныя данныя (для мужчинъ и женщинъ отдѣльно), 1) о числѣ больничныхъ дней, 2) о движеніи пользовавшихся по мѣсяцамъ года, 3) о способѣ и цѣли поступленія въ заведеніе, 4) о движеніи испытуемыхъ и арестантовъ, 5) о продолжительности болѣзни до поступленія, 6) объ общихъ особенностяхъ состава поступившихъ, 7) о среднемъ распредѣленіи больныхъ по отдѣленіямъ, 8) о средней продолжительности пребыванія въ больницѣ выбывшихъ изъ нея, 9) о выдающихся причинахъ смерти, 10) о соматическихъ болѣзняхъ среди пользовавшихся, 11) о выдающихся особыхъ и, такъ называемыхъ, несчастныхъ случаяхъ, 12) объ общихъ условіяхъ содержанія и пользованія душевно-больныхъ и о занятіяхъ и работахъ ихъ, 13) о стоимости содержанія больныхъ и всего заведенія, 14) о составѣ служащихъ и прислуги и о перемѣнахъ въ немъ, 15) о болѣе существенныхъ нуждахъ и недостаткахъ заведенія о послѣдовавшихъ въ теченіи года улучшеніяхъ въ этомъ отношеніи. Объемъ и форма свѣдѣній этого рода опредѣляются ихъ цѣлью, которая вовсе не требуетъ детальной ихъ разработки.—Другое дѣло—детальная разработка матеріала за нѣсколько лѣтъ по тому или другому пункту изложенной программы въ цѣляхъ разъясненія какого либо практическаго вопроса по предмету дѣятельности заведенія. Такой трудъ въ отчетѣ заведенія будетъ имѣть особое значеніе.

давались о **поступившихъ** *и о* **выбывшихъ,** *а не объ общей суммѣ пользовавшихся, т. е. суммѣ оставшихся и поступившихъ,* 3) *чтобы при этомъ* **исключались случаи повторныхъ поступленій** *въ больницу, а о повторныхъ заболѣваніяхъ давались свѣдѣнія особыя.* Первое условіе выполняется въ настоящее время лишь въ отчетахъ по отд. Кишиневской больницѣ, между тѣмъ интересъ и значеніе свѣдѣній о переходѣ первичныхъ формъ во вторичныя не подлежатъ сомнѣнію. При соблюденіи втораго условія получается возможность суммировать данныя за нѣсколько лѣтъ, чего нельзя дѣлать, если свѣдѣнія простираются на все число пользовавшихся, какъ напр. въ отчетахъ Херсонскомъ, Уфимскомъ, Колмовскомъ. Необходимость соблюденія третьяго условія понятна сама собою. Между тѣмъ это условіе въ отчетахъ не выполняется. Напр., въ Смоленской больницѣ въ 1892 г. изъ 351 поступленія (мужч. и женщ.) 133 поступленія относятся къ 52 больнымъ, поступившимъ повторно въ теченіе того же года, данныя же о распредѣленіи больныхъ по возрасту, семейному состоянію и т. д. простираются на все число поступленій; такое включеніе въ счетъ однихъ и тѣхъ же лицъ по нѣскольку разъ дѣлаетъ цифровой матеріалъ отчета весьма не точнымъ для сужденія объ отношеніяхъ разныхъ группъ больныхъ.

Придерживаясь тѣхъ же рубрикъ распредѣленія статистическаго матеріала, которыхъ придерживаются сами авторы отчетовъ, и не внося такимъ образомъ какихъ либо новыхъ рубрикъ, я позволяю себѣ обратить вниманіе, чтобы въ данныхъ о *возрастѣ, семейномъ состояніи,* о *сословіи, занятіи,* о *мѣстѣ жительства, національности, вѣроисповѣданіи* и объ *образованіи*—1) возрастныя группы до 20 лѣтъ обнимали бы собою пятилѣтія, а съ 20 лѣтъ—десятилѣтія, причемъ возрастъ больнаго въ случаяхъ неизвѣстныхъ могъ бы опредѣляться приблизительно; при настоящемъ состояніи отчетовъ этихъ условій не держатся многіе отчеты, а въ Саратовскомъ отчетѣ за 1893 г. число мужчинъ неизвѣстнаго возраста показано болѣе 12%; 2) распредѣленіе больныхъ по сословіямъ отвѣчало бы на вопросъ—*изъ какого сословія происходитъ больной,* а не къ какому сословію принадлежитъ больной; въ настоящее время многіе отчеты смѣшиваютъ сословіе съ званіемъ человѣка по его занятію или даже по его ученой степени; напр. Симферопольскій отчетъ исчисляетъ сословія и званіе такъ: крестьяне, мѣщане, дворяне и рядомъ съ этимъ—учителя, фельдшера, кандидаты и т. п., хотя эти послѣдніе могутъ быть тѣми же крестьянами, мѣщанами дворянами; регистрація сословія по вопросу—изъ какого сословія происходитъ больной или сама по себѣ устранитъ такой pêle-mêle; кромѣ того она будетъ отвѣчать основному требованію статистики—давать разнообразныя рубрики, а не повторять рубрику, но подъ другимъ названіемъ: если рубрика о сословіи отвѣчаетъ на вопросъ—къ какому сословію

принадлежитъ больной, то такая рубрика для не малаго числа больныхъ повторяетъ рубрику занятій больныхъ и въ существѣ дѣла составляетъ статистическій балластъ; свѣдѣніе-же, что данный больной, напр., при своей профессіи—врача происходитъ изъ крестьянскаго сословія, совершенно иного рода и, несомнѣнно, имѣетъ значеніе, въ сравненіи съ тѣмъ малозначущимъ свѣдѣніемъ, что этотъ врачъ принадлежитъ къ сословію дворянъ (а не происходитъ изъ этого сословія); 3) отмѣтки о мѣстѣ жительства больнаго относились бы къ мѣсту наиболѣе постояннаго пребыванія больного до его заболѣванія и дополнялись бы свѣдѣніями о распредѣленіи больныхъ по мѣсту ихъ родины; 4) степень образованія больныхъ регистрировалась бы по слѣдующимъ рубрикамъ: а) неграмотные (и умѣющіе кое-какъ читать—«полуграмотные» по существующей терминологіи нѣкоторыхъ отчетовъ), б) грамотные и получившіе низшее образованіе, г) обучавшіеся въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ и д) обучавшіеся въ заведеніяхъ съ высшимъ образованіемъ [1]).

Что касается до данныхъ, относящихся болѣе непосредственно къ самому факту заболѣванія, то къ нимъ принадлежитъ отмѣтка 5) о *продолжительности болѣзни* до поступленія въ больницу и 6) *о причинахъ болѣзни*.

Существующая регистрація причинъ болѣзни весьма разнообразна. Я приведу лишь примѣры ея. Отчетъ Полтавской лѣчебницы исчисляетъ 15 причинныхъ моментовъ: въ 1) ясно выраженная наслѣдственность, 2) пьянство, 3) сифилисъ, 4) травматическія поврежденія и т. д. въ формѣ ряда опредѣленныхъ единичныхъ причинъ. Отчетъ Симферопольской больницы при этомъ распредѣляетъ числа больныхъ по роду ихъ болѣзненнаго состоянія; значеніе наслѣдственности и вырожденія иллюстрируютъ при случаѣ генеологическими таблицами. Тамбовскій отчетъ отличаетъ: а) непосредственныя причины (тифъ, роды и т. д.) и б) предрасполагающую причину—наслѣдственность, но отношеній между этими видами причинъ не отмѣчаетъ и не указываетъ чиселъ больныхъ безъ наслѣдственнаго расположенія. Смоленскій отчетъ за 1893 г., исчисляя причины, обусловливающія заболѣваніе, раздѣляетъ больныхъ на 2 группы: а) съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ и б) безъ наслѣдственнаго расположенія. Отчеты Казанской лѣчебницы, держась такого же способа регистраціи, включаютъ сюда 3-ю группу больныхъ—в), гдѣ наслѣдственныя условія неизвѣстны. Отчетъ Смоленской больницы за 1892 годъ излагаетъ причины болѣзни, предрасполагающія

---

[1]) Къ дальнѣйшему выясненію условій жизни больныхъ могло бы служить распредѣленіе ихъ по степени условной зажиточности (состоятельные, средней и малой состоятельности и несостоятельности).

и производящія, для каждаго случая въ отдѣльности. Отчетъ Иркутской больницы даетъ свѣдѣнія, относящіяся къ этіологіи душевнаго разстройства, въ 9 таблицахъ: 1) о наличности вообще наслѣдственности у больныхъ и здоровыхъ, бывшихъ на испытаніи, 2) о характерѣ наслѣдственныхъ условій у поступившихъ, 3) о наличности физическихъ признаковъ вырожденія у больныхъ и здоровыхъ, 4 и 5) о характерѣ этихъ признаковъ и ихъ совмѣстности, 6) о наличности наслѣдственности у поступившихъ и родѣ преступности у ихъ родственниковъ, 7) о сочетаніи характера преступленій и степени родства родственниковъ поступившихъ, 8) о ближайшихъ причинахъ болѣзни поступившаго съ распредѣленіемъ послѣднихъ на имѣющихъ наслѣдственное расположеніе, не имѣющихъ его и на лицъ съ неизвѣстною наслѣдственностью, 9) о ближайшихъ причинахъ болѣзни съ распредѣленіемъ больныхъ по формамъ болѣзни. Помимо такого разнообразія въ регистраціи причинъ заболѣванія, существеннѣйшій недостатокъ ея заключается въ произвольной оцѣнкѣ условій наслѣдственности и взаимнаго соотношенія причинъ заболѣванія со стороны тѣхъ авторовъ отчетовъ, которые считаютъ достаточнымъ ограничиться указаніемъ на одну, хотя бы и преобладающую, причину. Наиболѣе полная регистрація причинъ, приведенная въ Смоленскомъ отчетѣ за 1892 г. для каждаго случая отдѣльно, имѣетъ однако два недостатка: 1) не отдѣлены случаи съ отсутствіемъ патологической наслѣдственности отъ тѣхъ, въ которыхъ условія наслѣдственности остались неизвѣстными, и 2) не указаны формы болѣзни. Несомнѣнно, однако, что подобная регистрація при условіи восполненія только что указанныхъ въ ней недостатковъ дастъ матеріалъ наиболѣе свободный отъ какихъ либо сомнѣній и недоразумѣній. Представленіе этого матеріала по отдѣльнымъ формамъ болѣзни значительно уменьшитъ кажущуюся съ виду сложность регистраціи [1]). При этомъ я пользуюсь случаемъ обратить вниманіе на нѣкоторыя обстоятельства. 1) не лишены интереса и значенія отмѣтки

---

[1]) При составленіи же этіологическихъ таблицъ необходимо изчислять причины болѣзней въ трехъ рубрикахъ: I) съ наслѣдственностью, II) съ неизвѣстною наслѣдственностью и III) безъ наслѣдственности, причемъ желательно, чтобы рубрика I, раздѣлялась на двѣ под-рубрики: 1) случаи душевнаго заболѣванія или выраженнаго общаго невропатическаго состоянія у дѣда, бабушки, матери, отца, родныхъ дядей и тетокъ, родныхъ братьевъ и сестеръ (случаи положительной наслѣдственности) и 2) случаи душевнаго заболѣванія или выраженнаго общаго невропатическаго состоянія у двоюродныхъ братьевъ и сестеръ, двоюродныхъ дядей и тетокъ (условная наслѣдственность.) При самомъ исчисленіи причинъ для каждой изъ этихъ рубрикъ (или под-рубрикъ) желательно держаться опредѣленнаго порядка: а) болѣе отдаленныя причины (напр. lues, рахитъ, золотуха, другія разстройства общаго питанія и кровотворенія и т. п.) и б) ближайшія причины (напр. испугъ, травма, нравственныя потрясенія и т. д.)

о наличности психопатическихъ наслѣдственныхъ условій и, такъ называемыхъ, признаковъ вырожденія у лицъ душевно-здоровыхъ, такъ или иначе оказавшихся среди душевно-больныхъ: по даннымъ отчета Иркутской больницы за 1891 и 1892 гг., среди мужчинъ—изъ 143 душевно-больныхъ, съ приведенными въ извѣстность наслѣдственными условіями у 117, эти условія оказались на лицо, т. е. въ 81%,—изъ 12 душевно-здоровыхъ психопатическая наслѣдственность константирована у 9; изъ 213 душевно-больныхъ физическіе признаки дегенераціи оказались у 145, т. е. въ 68%; изъ 15 душевно-здоровыхъ у 11. 2) Въ особенности поучительны и полны глубокаго значенія въ смыслѣ выясненія законовъ наслѣдственности и вырожденія генеалогическія таблицы съ отмѣтками возраста умершихъ лицъ, ихъ физическихъ и психическихъ особенностей; представленіе такихъ таблицъ въ отчетахъ является весьма желательнымъ. 3) При собираніи свѣдѣній о наслѣдственности желательно констатировать не только число больныхъ родственниковъ, но рядомъ съ нимъ и число здоровыхъ въ поколѣніи даннаго больного лица (среди братьевъ и сестеръ) и въ ближайшемъ предыдущемъ поколѣніи (отца, матери, ихъ родныхъ братьевъ и сестеръ)

Внѣшнія *условія содержанія и пользованія* больныхъ, особенности ихъ *соматическаго состоянія* при поступленіи, *соматическія болѣзни,* полученныя ими въ больницѣ, участіе больныхъ въ *занятіяхъ,* работахъ и общихъ развлеченіяхъ могутъ найти свое выраженіе въ соотвѣтственной регистраціи по отдѣльнымъ клиническимъ формамъ подобно тому, какъ это дѣлается въ настояшее время при отчетности о душевно-больныхъ вообще.

Наконецъ, данныя о *продолжительности пребыванія больныхъ въ больницѣ выбывшихъ* (выздоровѣвшихъ, выбывшихъ съ улучшеніемъ, безъ улучщенія и умершихъ), о *продолжительности болѣзни* до поступленія ихъ въ больницу, о *возрастѣ* ихъ, о *причинахъ смерти* закончатъ собою желательный рядъ статистическихъ свѣдѣній о душевно-больныхъ по формамъ болѣзни. Случаи смерти, въ которыхъ имѣло мѣсто вскрытіе, желательно пояснить изложеніемъ *перечня патолого-анатомическихъ находокъ* при вскрытіи подобно тому, какъ это дѣлается и въ настоящее время въ нѣкоторыхъ отчетахъ (напр. Тамбовской больницы, Уяздовскаго госпиталя).

Дополненіемъ къ этому ряду свѣдѣній о душевно-больныхъ можетъ служить разборъ *случаевъ «испытанія»* по тому или другому поводу и въ частности «испытанія» совершившихъ то или другое преступленіе.

Выступая съ настоящею статьею на судъ товирищей, я руководствовался единственною цѣлью обратить ихъ вниманіе на вопросы отчетности психіатрическихъ заведеній. Многіе изъ составляемыхъ нынѣ

отчетовъ составляютъ почтенный трудъ, несомнѣнно, затребовавшій отъ составителей ихъ не мало вниманія и времени. Внесеніе нѣкоторыхъ измѣненій въ формѣ составленія отчетовъ придастъ имъ бо́льшую цѣнность. Развитіе отчетности психіатрическихъ заведеній обязано исключительно личной инціативѣ лицъ, стоящихъ во главѣ ихъ, и это составило для меня условіе, побудившее предложить свои замѣчанія на усмотрѣніе товарищей, завѣдующихъ заведеніями.

2.

Алкоголизмъ въ его отношеніи къ душевнымъ заболѣваніямъ и нѣкоторыя мѣры борьбы съ нимъ.

Прив.-доц. П. Нечая.

Этіологія психическихъ разстройствъ занимаетъ безспорно одно изъ первыхъ мѣстъ въ ряду задачъ, которыя необходимо рѣшить практическому психіатру: въ изученіи этіологіи лежатъ прямые пути и указанія на патогенезъ и профилактику помѣшательства. Открытіе причинъ болѣзней составляетъ вмѣстѣ съ тѣмъ задачу научную, хотя и трудную, но весьма почетную.

При разностороннемъ изученіи каждаго случая помѣшательства, при точномъ изслѣдованіи всякаго душевно-больнаго, во всѣхъ его индивидуальныхъ проявленіяхъ, и отклоненіяхъ прежде всего необходимо имѣть въ виду все то, что можно отнести къ разряду причинъ даннаго заболѣванія, чтобы съ помощью статистическихъ изслѣдованій впослѣдствіи найти тѣ законы, которыми опредѣляется профилактика разстройствъ психической дѣятельности.

Общеизвѣстныя затрудненія, съ которыми встрѣчается врачъ, собирая свѣдѣнія о причинахъ и ближайшихъ поводахъ, вызвавшихъ душевное заболѣваніе: ложный стыдъ заставляетъ родственниковъ иногда даже умышленно скрывать тѣ обстоятельства, которыя могли-бы послужить къ истинному объясненію причинъ болѣзни, поэтому оффиціальныя «*предварительныя свѣдѣнія*» большею частью отличаются скудостью Тѣмъ не менѣе не бываетъ случая, гдѣ проницательность врача и его спеціальная просвѣщенность не доставили-бы возможности опредѣлить тѣ источники, откуда беретъ начало психическое заболѣваніе; необходимо лишь никогда не забывать метода опытнѣйшаго изъ современныхъ психіатровъ Magnan'a, который совѣтуетъ prendre les faits sur le vif, анализировать ихъ въ чистомъ видѣ, какъ они представляются объективному наблюдателю и не затемнять ихъ предварительными анамне-

стическими данными, точность которыхъ нерѣдко можетъ быть оспариваема.

Въ такомъ положенiи находится женское психiатрическое отдѣленiе Кирилловской больницы въ Кiевѣ, куда поступаютъ больныя при самыхъ исключительныхъ условiяхъ: это обыкновенно женщины бѣднѣйшаго класса, попадающiя въ больницу случайно, большею частью по протоколамъ полицiи вслѣдствiе разнообразныхъ столкновенiй въ общественной жизни, послѣ нарушенiй «*общественнаго порядка, тишины и спокойствiя*». Естественно, что при такихъ условiяхъ психiатрическое отдѣленiе изучаетъ больного какъ индивидуума, анализируя всѣ его патологическiя разстройства лишь по ихъ непосредственному проявленiю, внѣ всякаго влiянiя предвзятой идеи, навѣянной оффицiальными анамнестическими свѣдѣнiями. Лишь съ теченiемъ времени, при дальнѣйшемъ содержанiи въ отдѣленiи больныхъ, въ частныхъ бесѣдахъ съ посѣщающими ихъ родственниками, друзьями и знакомыми выясняются тѣ условiя, которыя могли оказать влiянiе на происхожденiе болѣзни и которыя тщательно скрываются родственниками больного.

Статистическiй матерiалъ, которымъ располагаетъ женское психiатрическое отдѣленiе Кирилловской больницы, составленъ нами на основанiи фактическихъ цифровыхъ данныхъ въ теченiе послѣдняго пятилѣтiя (1891—1895 г.) при довольно дѣятельномъ обмѣнѣ состава больныхъ.

Единообразiе жизненныхъ условiй среды, изъ которой поступали больныя, опредѣленное постоянство въ способахъ непосредственнаго наблюденiя однимъ и тѣмъ же авторомъ придаютъ фактамъ то значенiе неизмѣнности данныхъ, на которой основываются всякiе выводы.

Между разнообразными причинами душевныхъ болѣзней мы всегда выдѣляли въ особую группу тѣ этiологическiе моменты, которые находясь въ непосредственной и очевидной связи съ алкоголизмомъ больнаго индивидуума.

Алкоголизмъ, какъ «*не прекращающаяся эпидемiя*», по прекрасному выраженiю Baer'a [1]), лучшаго специалиста по изслѣдованiю этого вопроса, тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманiя современнаго русскаго общества, что онъ давно уже получилъ значенiе вопроса мiрового, ибо пьянство нашего времени—пьянство эпидемическое, всенародное.

Въ губернiяхъ юго-западнаго края злоупотребленiе спиртными напитками носитъ характеръ несомнѣнно грознаго народнаго бѣдствiя, и въ этомъ явленiи упадка народнаго здоровья выражается страшная дань процессамъ бiологическаго вырожденiя нашего населенiя. Эта важная сторона народной жизни доселѣ не получила надлежащаго

---

[1]) Baer. Alkoholismus. Berlin. 1878. стр. 310.

освѣщенія, хотя самые факты давно уже отмѣчены: напримѣръ, Департаментъ Неокладныхъ Сборовъ М. Ф. уже болѣе 10 лѣтъ тому назадъ указалъ на широкое распространеніе пьянства среди населенія юго-западныхъ губерній; въ отчетѣ этого Департамента [1]) за 1884 годъ слѣдующими словами удостовѣряется упомянутое грустное явленіе: «даже оставляя въ сторонѣ губерніи столичныя, оказывается, что потребленіе вина въ губерніяхъ юго-западныхъ почти вдвое превышаетъ средній размѣръ потребленія вина въ губерніяхъ восточныхъ, сѣверныхъ и Царства Польскаго». Однако, чрезмѣрное потребленіе вина въ юго-западномъ краѣ составляетъ лишь одну сторону этого печальнаго факта. Вредное проявленіе алкоголизма среди нашего населенія усиливается еще пагубною привычкою нашего народа употреблять спиртъ преимущественно въ видѣ крѣпкихъ растворовъ, какъ водку; между тѣмъ, доказано [2]), что вредное вліяніе алкоголя находится въ прямомъ отношеніи съ крѣпостью (концентраціею раствора) потребляемыхъ спиртныхъ напитковъ, хотя бы количество выпитаго спирта оставалось то же. Наконецъ, характеръ алкоголизма юго-западнаго края особенно омрачатся тѣмъ неблагопріятнымъ обстоятельствомъ, отличающимъ алкоголизмъ мѣстный, юго-западный, отъ алкоголизма другихъ районовъ нашего государства, что населеніе этого края особенно злоупотребляетъ разнаго рода неочищенной водкой, содержащей различныя вредныя примѣси. Винокуренное производство этой части Россіи характеризуется главнымъ образомъ приготовленіемъ такъ называемой «*паточной водки*», получаемой изъ патоки, какъ остатка сахарнаго производства столь развитого въ этомъ краѣ [3]).

Такое угрожающее положеніе принялъ алкоголизмъ въ юго-западныхъ губерніяхъ, т. е. среди той части населенія нашего отечества, которая занимаетъ обширную пограничную полосу и первая должна выносить на себѣ всю тяжесть этнографической и культурной борьбы съ нашими сосѣдями, какъ на это указалъ проф. Сикорскій въ своей рѣчи въ 1887 г. на первомъ съѣздѣ отечественныхъ психіатровъ въ Москвѣ [4]).

Д-ръ Григорьевъ [5]) доказываетъ, что наше отечество по количеству выпиваемаго вина (5,41 литра на человѣка въ годъ) стоитъ въ разрядѣ странъ умѣренно пьющихъ; но, кажется, изъ этого еще нельзя дѣлать особенно благопріятныхъ выводовъ, такъ какъ явленія алкого-

[1]) Отчетъ Департамента Неокл. Сбор. за 1884 г. стр. 68.

[2]) Baer. Die Trunksucht u. ihre Abwehr. Wien u. Leipz. 1890. Seite 65.

[3]) Отчетъ Департ. Неоклад. Сбор. Прилож. 1888 г. стр. 134.

[4]) Трудъ I Съѣзда Отеч. Психіатровъ. Спб. стр. 1056.

[5]) Д-ръ Григорьевъ. Журналъ Общества охраненія народн. здравія. 1895. № 5.

лизма измѣряются не одинмъ только количествомъ выпитаго спирта. Уже указано было ранѣе, что въ Россіи пьютъ вино преимущественно въ видѣ крѣпкихъ растворовъ какъ водку, которая, какъ извѣстно, оказываетъ на организмъ гораздо болѣе вредное вліяніе, чѣмъ спиртные напитки, употребляемые въ видѣ слабыхъ растворовъ, именно въ видѣ вина и пива. Но кромѣ того, особенно неблагопріятнымъ условіемъ, способствующимъ развитію алкоголизма въ Россіи, служитъ то обстоятельство, что у насъ употребляютъ спиртные напитки какъ-бы запоемъ, обыкновенно въ праздничные дни, во время физическаго отдыха, и такимъ образомъ значеніе отдыха въ экономіи организма теряетъ свой физіологическій смыслъ, такъ какъ въ это время организму приходится выдерживать борьбу съ ядомъ, оставляющимъ въ немъ крупныя перемѣны въ теченіе 24—72 час. (проф. И. Сикорскій). [1])

Въ послѣднее время все чаще начали раздаваться въ обществѣ и литературѣ успокоительныя увѣренія о пониженіи количества потребляемаго алкоголя въ послѣдніе именно годы (Толстой) [2]); но очевидно, это положеніе справедливо лишь въ нѣкоторыхъ частностяхъ, такъ какъ свѣдѣнія, доставленныя оффиціальными отчетами, опровергаютъ эту мысль приведеніемъ фактовъ противоположнаго характера. М. Кашкаровъ [3]), членъ ученаго комитета Министерства Финансовъ, въ своемъ весьма обстоятельно составленномъ статистическомъ изслѣдованіи о дѣятельности денежнаго хозяйства въ Россіи цифрами, почерпнутыми главнымъ образомъ изъ отчетовъ Государственнаго Контроля, убѣдительно доказываетъ, что питейный доходъ — самый точный выразитель потребленія вина населеніемъ нашего отечества — не только занимаетъ попрежнему выдающееся мѣсто, но даже нѣсколько увеличился: именно, онъ возросъ за послѣднее десятилѣтіе на $28^1/_2$%.

Если поступленіе упомянутыхъ доходовъ казны развивалось, между прочимъ, вслѣдствіе повышенія акциза съ водки, увеличенія нормы выходовъ спирта, то съ другой стороны, на уменьшеніе этихъ доходовъ несомнѣнное вліяніе оказывали плохіе урожаи, а также нѣкоторыя ограничительныя мѣры относительно торговли крѣпкими напитками. Во всякомъ случаѣ въ этомъ явленіи самымъ положительнымъ образомъ отражается потребленіе вина населеніемъ въ Россіи, и самое количество

---

[1]) Проф. И. А. Сикорскій. Психопатическая эпидемія 1892 г. въ Кіевской губ. стран. 43.

[2]) Д-ръ Толстой. Вѣстникъ общественной гигіены 1896 г. № 3. Алкоголизмъ въ Россіи.

[3]) М. Кашкаровъ. Главнѣйшіе результаты государственнаго денежнаго хозяйства за послѣднее десятилѣтіе. Изданіе Министерства Финансовъ. 1895 г.

выпитаго вина находится въ прямомъ отношеніи съ цифрой питейнаго дохода.

Приведенные факты наводятъ на грустныя размышленія о состояніи нервно-психическаго здоровья населенія нашей родины, и можно лишь удивляться тому, что явленіе это, давно уже отмѣченное даже въ оффиціальныхъ изданіяхъ, до сихъ поръ не получило разъясненія своего весьма поучительнаго содержанія.

II.

Вопросъ объ алкоголизмѣ, какъ причинѣ психическаго разстройства, въ отчетахъ нашихъ психіатрическихъ заведеній разрабатывается далеко не съ тою полнотою, какая требуется самымъ дѣломъ. Глава объ этіологіи душевныхъ заболѣваній всюду занимаетъ скромное мѣсто; авторы недостаточно рѣшительно высказываютъ свои мысли и тѣ руководящіе принципы, на основаніи которыхъ производится распредѣленіе причинъ болѣзней по отдѣльнымъ категоріямъ.

Никто не станетъ утверждать, что въ развитіи психическихъ заболѣваній принимаетъ участіе всегда лишь одна какая либо причина: жизнь такъ часто осложняется многочисленными явленіями, оказывающими неблагопріятное вліяніе на душевное состояніе субъекта, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, если развивается душевная болѣзнь, то это является слѣдствіемъ совмѣстнаго дѣйствія многихъ причинъ, изъ которыхъ однѣ предрасполагающія, а другія производящія.

Бѣлая горячка, напримѣръ, является у пьяницъ подъ вліяніемъ условій, нарушающихъ равновѣсіе организма; легкая простуда, усиленные регулы у женщинъ могутъ вызвать приступы бѣлой горячки, говоритъ С. С. Корсаковъ [1]). Тѣмъ не менѣе, конечно, никто не поставитъ въ непосредственную причинную связь прекращеніе регулъ у женщины съ бѣлою горячкою, а всегда будетъ имѣть въ виду главнѣйшій этіологическій моментъ заболѣванія «*хроническій алкоголизмъ*»,

Изслѣдованіе причинъ болѣзней въ послѣднее время привлекаетъ къ себѣ вниманіе психіатровъ. Тѣ авторы, которые еще недавно съ нерѣшительностью останавливались на разборѣ этіологическихъ моментовъ психическихъ заболѣваній, теперь уже готовы признать за этіологической статистикой опредѣленное значеніе въ ряду научныхъ вопросовъ. Всякій фактъ въ изученіи этой области душевныхъ болѣзней заслуживаетъ полнаго вниманія ученыхъ психіатровъ; одно лишь главное условіе,—чтобы цифры были достовѣрны, а самыя наблюденія—объ-

---

[1]) Пр. С. С. Корсаковъ. Курсъ психіатріи. 1893 г. стр. 516.

ективны и получили всестороннюю провѣрку путемъ многочисленныхъ справокъ.

Пока лишь немногіе изъ русскихъ психіатровъ занимались изученіемъ алкоголизма въ связи съ душевными заболѣваніями. Д-ръ Грейденбергъ[1]) въ отчетѣ за пятилѣтіе (1885—1889) дѣятельности психіатрическаго отдѣленія въ Симферополѣ говоритъ, что «*пьянство даетъ болѣе четверти всѣхъ душевныхъ заболѣваній, попадающихъ въ отдѣленіе*»; цифры этого автора показываютъ, что пьянство, какъ причина душевныхъ болѣзней, въ Симферопольской психіатрической больницѣ наблюдалось въ 25,5% всѣхъ поступившихъ больныхъ, а наслѣдственность только въ 19,3%. Жаль, что въ этомъ трудѣ, во всѣхъ отношеніяхъ очень обстоятельномъ, не представлено указаній, въ какой связи находятся между собою по даннымъ этой больницы алкоголизмъ и наслѣдственность. Нѣсколько удивительнымъ кажется, что въ представленныхъ авторомъ таблицахъ почти не упомянуты женщины, у которыхъ развился бы психозъ на алкогольной почвѣ, — за пятилѣтіе отмѣчено всего два случая. Въ самое послѣднее время этіологія психическихъ разстройствъ все болѣе привлекаетъ къ себѣ вниманіе русскихъ психіатровъ, и директоръ Покровской психіатрической больницы Московскаго губернскаго земства д-ръ Яковенко[2]) съ особеннымъ стараніемъ изучаетъ причины болѣзней. Въ его отчетѣ за 1894 годъ первое мѣсто въ ряду этіологическихъ моментовъ занимаетъ алкоголизмъ. «*Пьянство*», какъ причина душевныхъ болѣзней, отмѣчено у этого автора въ 407 случаяхъ. Трудъ этотъ имѣлъ-бы еще большее значеніе, если бы авторъ провелъ болѣе точное разграниченіе своихъ цифръ и представилъ бы свои взгляды на указываемыя имъ данныя.

Профессоръ психіатріи Юрьевскаго университета Чижъ[3]) съ докторомъ Михельсономъ опубликовалъ отчетъ Дерптской психіатрической клиники за десятилѣтіе ея дѣятельности (1881—1891 г.). Трудъ этотъ, конечно, заслуживаетъ большаго вниманія психіатровъ. Къ сожалѣнію, авторамъ пришлось давать объясненія по всѣмъ спеціальнымъ вопросамъ о такихъ больныхъ, которыхъ они сами не изучали (отчетъ составленъ за то время дѣятельности клиники, когда директорами ея состояли Emminghaus и Kraepelin). Алкоголизмъ въ этомъ трудѣ авторовъ въ этіологическомъ отношеніи разработанъ также не особенно

---

[1]) Д-ръ Б. С. Грейденбергъ. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи. 1890 г. В. I. стр. 366.

[2]) В. И. Яковенко. Медико-хозяйственный отчетъ по Покровской психіатрической больницѣ Московскаго губернскаго земства за 1894 годъ.

[3]) В. Чижъ и Э. Михельсонъ. Дерптская психіатрическая клиника съ 1881 по 1891 г. Вѣстникъ клинической и суд. психіатріи. 1892 г. Б. II.

подробно; изслѣдователи сами указываютъ, что ихъ «*таблицы относительно алкоголиковъ не сообщаютъ чего либо новаго и интереснаго*», хотя высказываютъ свое убѣжденіе, что область алкоголизма «*обширна, пока совершенно у насъ не затронута*» [1]). Эти ученые изъ своихъ небольшихъ цифръ сдѣлали нѣкоторые частные выводы, которые имѣютъ значеніе для послѣдующихъ изслѣдователей вопроса объ алкоголизмѣ въ Россіи; они указываютъ, что алкоголизмъ по даннымъ Дерптской клиники въ отчетномъ періодѣ чаще всего наблюдался у больныхъ на четвертомъ десяткѣ ихъ жизни, что между жителями деревни и, главнымъ образомъ, между крестьянами алкоголизмъ развитъ гораздо меньше, чѣмъ между горожанами. Однако нельзя не упомянуть, что въ этомъ отчетѣ алкоголизмъ разсматривается лишь, какъ общее родовое понятіе, при чемъ въ этомъ трудѣ не сдѣлано никакихъ указаній на отношеніе алкоголизма къ наслѣдственности и вообще не разъяснена съ желаемой точностью связь алкоголизма съ душевными заболѣваніями; наконецъ, не указано, какія именно отдѣльныя формы болѣзней развивались у алкоголиковъ.

Въ очень интересной статьѣ Ф. X. Гадзяцкаго [2]), представившаго выводы изъ двадцатилѣтней дѣятельности (съ 1870 г. по 1890 г.) клиники душевно-больныхъ Военно-Медицинской Академіи, вопросу о причинахъ болѣзней посвящена цѣлая глава, при чемъ здѣсь обращено особое вниманіе на значеніе алкоголизма, какъ этіологическаго момента въ развитіи душевныхъ болѣзней.

«*Пьянство*», какъ самая ближайшая причина психическихъ растройствъ больныхъ, лѣчившихся въ Академіи въ теченіе отчетнаго періода, наблюдалось въ четверти всѣхъ случаевъ (25,2% изъ 962 больныхъ); послѣ «*наслѣдственности*», которая отмѣчена почти въ половинѣ случаевъ, «пьянство» въ ряду этіологическихъ моментовъ занимаетъ второе мѣсто. Разсматривая далѣе этотъ вопросъ въ частностяхъ, авторъ выдѣлилъ въ особую группу хроническій алкоголизмъ.

Цифры автора касаются, большею частью, мущинъ, какъ лицъ военнаго сословія, и самое поучительное въ этихъ цифрахъ то, что большая часть алкоголистовъ (почти 77% изъ общаго ихъ числа) поступило въ клинику съ явленіями бѣлой горячки. Заслуживаетъ также вниманія то важное обстоятельство, что найбольшій процентъ этихъ заболѣваній относится къ 5—7 пятилѣтію жизни больныхъ; слѣдова-

---

[1]) Ibidem. Стр. 227—229.

[2]) Ф. X. Гадзяцкій. Матеріалы для статистики душевно-больныхъ въ Россіи по даннымъ клиники душевныхъ болѣзней при Императорской Военно-Медицинской Академіи съ 1870 по 1890 гг. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи. 1894 г. В. II.

тельно, «*злоупотребленіе спиртными напитками должно было начаться у этихъ больныхъ слишкомъ рано*», объясняетъ авторъ. Такимъ образомъ алкоголь, какъ причинный моментъ психозовъ, по даннымъ этого автора, играетъ роль въ 25% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ; та же причина вмѣстѣ съ наслѣдственностью удерживаетъ за собою 3/4 всѣхъ наблюденій. Однако, изъ словъ самого автора слѣдуетъ заключить, что число заболѣваній, развившихся на алкогольной почвѣ, значительно превосходитъ показанную имъ цифру. Гадзяцкій упоминаетъ, что главную роль въ этіологіи душевныхъ болѣзней онъ придаетъ наслѣдственности, понимая ее въ широкомъ смыслѣ этого слова, и въ числѣ наслѣдственныхъ факторовъ считаетъ также «*пьянство родителей и ихъ ближайшихъ родственниковъ*»; слѣдовательно, между психозами, возникшими, по мнѣнію автора, на почвѣ наслѣдственности (количество всѣхъ такихъ случаевъ наблюдалось въ 50%), находится не мало такихъ, въ этіологіи которыхъ занимаетъ первое мѣсто алкоголизмъ родителей и предковъ больныхъ. Такимъ общимъ толкованіемъ понятія наслѣдственности, безъ выдѣленія его изъ цѣлаго ряда ея факторовъ—алкоголизма въ восходящихъ поколѣніяхъ больныхъ, авторъ въ ущербъ истинному положенію дѣла, суживаетъ кругъ вліянія слишкомъ очевидной причины психозовъ—алкоголизма.

III

Еще Esquirol[1]) въ 1838 году при своемъ описаніи дипсоманін замѣтилъ, что пьянство бываетъ иногда выраженіемъ алкогольной болѣзненной наслѣдственности (dipsomanie, monomanie de l'ivresse Esquirol'я); такого мнѣнія съ тѣхъ поръ держатся почти всѣ послѣдующіе авторы, какъ Lasègue, Marc, Bucknill, Tuke, Morel, Marcé, Trélat и друг. Съ другой стороны доказано, что болѣзни и нравственныя волненія могутъ вызвать наружу скрытое до тѣхъ поръ предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ. Это мнѣніе, высказанное впервые еще Pinel'емъ, впослѣдствіи было подтверждено многочисленными изслѣдователями. Любопытныя наблюденія Moreau de Tours'а надъ дѣйствіемъ гашиша показали, что психическое разстройство вслѣдствіе злоупотребленія этимъ средствомъ замѣчалось только у лицъ, въ высшей степени предрасположенныхъ. На основаніи этихъ данныхъ, а также и собственныхъ изслѣдованій Féré[2]) высказываетъ такое же мнѣніе относительно алкоголизма, не безъ основанія называя алкоголь «*la pierre de touche de l'équilibre des fonctions célébrales*». Особенное почти специфическое дѣйствіе спирт-

[1]) Esquirol. Maladies mentales.

[2]) Féré. La famille néuropathiqne. Archives de neurologie. 1884 г.

ныхъ напитковъ на головной мозгъ установлено еше въ эпоху Magnus Huss'a. Кругъ причинъ, ослабляющихъ дѣятельность головного мозга, еще болѣе расширяется наблюденіемъ, что даже кратковременное заболѣваніе, если только оно совпадаетъ съ моментомъ зачатія плода, служитъ причиной слабой организаціи нервно-психической системы ребенка. Flemming'у принадлежитъ заслуга установленія подобнаго же факта относительно алкоголя: этотъ ученый доказалъ, что дѣти, зачатыя отъ пьянаго отца, рождаются съ чрезвычайнымъ предрасположеніемъ къ психозамъ. Bourneville, а также Féré [1]), на основаніи своего весьма богатаго опыта, указываютъ на упомянутую причину при объясненіи у дѣтей идіотизма и эпилепсіи.

Вмѣстѣ съ тѣмъ нѣтъ недостатка въ доказательствахъ передачи по наслѣдству и пріобрѣтенныхъ заболѣваній. Извѣстны опыты Brown-Seguard'a съ морскими свинками, у которыхъ искусственнымъ образомъ вызывалась эпилепсія, съ наслѣдственной передачей болѣзни нисходящимъ поколѣніямъ. Аналогичные опыты, произведенные надъ собаками, описалъ Luciani. Наконецъ, Féré, послѣдователь біологическаго ученія Weissmann'a, опубликовалъ случай унаслѣдованія пріобрѣтенной эпилепсіи у человѣка, который, не будучи предрасположеннымъ къ душевнымъ заболѣваніямъ, послѣ травматизма вслѣдствіе крушенія желѣзнодорожнаго поѣзда сдѣлался эпилептикомъ; послѣ этого у него родилась дочь, которая также страдала эпилепсіей [2]). Многочисленные факты подобнаго рода находимъ въ отчетахъ нѣмецкой арміи за время войны 1870 г. съ французами. Подобнымъ образомъ хроническое отравленіе алкоголемъ порождаетъ болѣзненную наслѣдственность въ смыслѣ предрасположенія къ злоупотребленію спиртными напитками, а также—въ видѣ скрытой предрасположенности къ душевнымъ заболѣваніямъ.

Въ основаніе разсужденій объ отношеніи алкогольной этіологіи къ психическимъ болѣзнямъ необходимо положить установившіеся въ въ наукѣ принципы и съ помощью ихъ разбирать положеніе алкоголя въ ряду многочисленныхъ причинъ, вызываюшихъ душевное страданіе.

Уже доказано, что алкоголисты, у которыхъ наблюдается умственное разстройство, раздѣляются на два главныя разряда. Къ первому принадлежатъ тѣ, которые сдѣлались душевно-больными безъ всякой болѣзненной наслѣдственности и безъ врожденняго предрасположенія къ психическимъ заболѣваніямъ, а лишь вслѣдствіе частыхъ, повторныхъ злоупотребленій спиртными напитками. Второй разрядъ алкоголистовъ составляютъ тѣ, которые носятъ въ себѣ патологическую наслѣдственность и, родившись отъ пьяницъ-родителей, сами пристрастились къ ал-

[1]) Féré. Les épilepsies et les épileptiques. 1890 г.

[2]) Ср. Научное обозрѣніе 1895 г. № 8.

коголю. Необходимо категорически различать эти двѣ главныя группы алкоголистовъ и всегда имѣть въ виду, что нерѣдко явленія вырожденія нервной системы пріобрѣтаются здоровымъ до тѣхъ поръ субъектомъ лишь вслѣдствіе пагубной привычки къ злоупотребленію спиртными напитками.

Въ представляемыхъ ниже таблицахъ наблюдавшіеся случаи алкогольныхъ и алкогольно-наслѣдственныхъ заболѣваній распредѣлены съ достаточной точностью, по тремъ группамъ. *Первая группа*—тѣ алкоголисты, которые не проявляли ранѣе никакой патологической наслѣдственности и только лишь послѣ продолжительнаго злоупотребленія спиртными напитками заболѣваютъ подъ вліяніемъ случайныхъ причинъ скоропреходящимъ алкогольнымъ бредомъ. *Вторая группа*—больные, у которыхъ при тѣхъ же условіяхъ наблюдались обыкновенно болѣе длительные психозы. Наконецъ, *къ третьей группѣ* отнесены случаи съ рѣзкими проявленіями *болѣзненно-алкогольной наслѣдственности*, у которыхъ даже минимальная доза алкоголя вызывала болѣзненное явленіе. Несомнѣнно, что такое дѣленіе больныхъ и соотвѣтствующее распредѣленіе ихъ въ опредѣленныя группы можетъ быть основано лишь на клиническомъ обслѣдованіи каждаго случая душевной болѣзни съ анамнезомъ включительно. Легче всего достигается цѣль такого изслѣдованія по способу Magnan'а. Этимъ пріемомъ мы и пользовались.

Переходимъ къ разбору частныхъ признаковъ указанныхъ трехъ группъ.

I) Группа первая. Помѣшательство въ этой группѣ развивается относительно поздно, въ возрастѣ около 40—50 лѣтъ, уже послѣ того, какъ подъ вліяніемъ алкоголя произошло хроническое отравленіе со всѣми пагубными явленіями физическими и психическими, какъ это всесторонне изучено первостепенными клиницистами, какъ Magnan, Legrain и др. Психическому заболѣванію у этихъ лицъ предшествуютъ разнаго рода разстройства периферической нервной системы, всѣ разновидности которыхъ, по преобладанію той, или другой группы симптомовъ, характеризуются нарушеніями а) сферы двигательной, б) чувствительной и в) разстройствами координаціи (Gowers). Еще задолго до явственнаго нарушенія душевнаго равновѣсія очень часто замѣчается характеристическое для пьяницъ рѣзкое дрожаніе рукъ при произвольныхъ движеніяхъ, а иногда непроизвольное дрожаніе, распространяющееся по всему тѣлу; равнымъ образомъ замѣчается подергиваніе мышцъ языка. Особенно часто замѣчается у этихъ лицъ, разстройство чувствительности, въ видѣ гиперестезій, локализирующихся по ходу нервныхъ стволовъ и проявляющихся въ видѣ болѣзненнаго жженія въ кожѣ, а иногда и въ глубже лежащихъ частяхъ—мышцахъ. Рядомъ съ этимъ наблюдается, какъ это давно уже описалъ Magnan, анестезія, ча-

сто лишь на ограниченныхъ мѣстахъ туловища, обыкновенно на ступняхъ, кистяхъ, а иногда на предплечіяхъ. Поврежденія чувствительныхъ волоконъ достаточно, чтобы вызвать пониженіе тактильной чувствительности кожи вообще. Такимъ образомъ, больной, не чувствуя слабаго прикосновенія къ кожѣ, между тѣмъ не выноситъ боли, происходящей вслѣдствіе значительнаго сдавленія конечностей, такъ какъ болевая чувствительность повышена значительно. Еще болѣе тяжелымъ симптомомъ для этихъ больныхъ бываютъ самыя первоначальныя проявленія гиперестезіи, въ видѣ чувства ползанія мурашекъ и другихъ подобныхъ явленій, которыя сопровождаются часто самопроизвольными болями, особенно усиливающимися при движеніи больныхъ. Въ случаѣ развитія психоза, эти измѣненія служатъ богатымъ матеріаломъ для бреда больныхъ, когда они потеряютъ устойчивость психическихъ отправленій. Всѣ перечисленные физическіе симптомы безпокоятъ такихъ алкоголистовъ еще задолго до появленія бреда и служатъ вмѣстѣ съ тѣмъ лучшими показателями характера страданія; особенно яснымъ признакомъ считается дрожаніе. По этому болѣзненному явленію Legrain находитъ возможнымъ точно распознавать тѣхъ алкоголистовъ, которые продолжительнымъ, многолѣтнимъ злоупотребленіемъ спиртныхъ напитковъ въ концѣ концовъ разслабляютъ свою психическую сферу. «Beaucoup de buveurs tremblent, au point de ne pouvoir se livrer à de minutieux ouvrages, pendant de longues années avant de délirer. Rien ne démontre mieux que ce fait la grande résistance du cerveau, quand il est bien constitué», говоритъ этотъ изслѣдователь [1]). Когда у больного развились уже явленія со стороны органовъ чувствъ, какъ ослабленіе силы и остроты зрѣнія, недостаточное распознаваніе цвѣтовъ, судорожныя явленія въ аккомодаціонной мышцѣ, обусловливающія двигательные обманы при фиксированіи предметовъ (то приближеніе, то удаленіе ихъ); когда наступитъ патологическая дѣятельность въ органѣ слуха, въ видѣ шума въ ушахъ, жужжанія и т. п.,—то на такой почвѣ только одинъ шагъ къ полному психическому разстройству.

Обыкновенно вслѣдъ за продолжительнымъ непрестаннымъ злоупотребленіемъ спиртными напитками, или иногда послѣ какой-либо случайной причины, разслабляющей и безъ того хилый организмъ больного (острая боль, травматизмъ и т. п.) появляется цѣлая серія бурныхъ явленій—иллюзіи, галлюцинаціи, бредъ, двигательное возбужденіе, т. е. вся масса сложныхъ симптомовъ болѣзни, носящей названіе «*бѣлой горячки*». Такимъ образомъ развивается острое психическое разстройство, скоропреходящій алкогольный психозъ у лицъ, съ хорошо организован-

---

[1]) Legrain. Hérédité et alkoolisme. Étude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes. Paris. 1889 г.

ной отъ природы нервно—психической системой, но ранѣе, иногда задолго до своей психической болѣзни погрязшихъ въ порокѣ пьянства. Какъ упомянуто выше, это состоянiе наблюдается уже въ болѣе пожиломъ возрастѣ.

III) Третью группу (вторая группа будетъ разобрана ниже) составляетъ больные, мозгъ которыхъ не обладаетъ уже отъ природы той прочностью, которою обыкновенно характеризуется мозгъ индивидуумовъ, принадлежашихъ къ предыдущему разряду. Къ этой категорiи относятся больные, которые хотя и не представляютъ собою вполнѣ выродившихся, однако же нервно-психическая организацiя ихъ не столь устойчива; они обыкновенно предрасположены къ психическимъ заболѣванiямъ. Къ этому разряду принадлежатъ—дѣти пьяницъ, а также тѣ, родители которыхъ страдали психозами. Алкогольныя заболѣванiя этого рода носятъ иной оттѣнокъ, *и самое заболѣванiе бываетъ въ болѣе молодомъ возрастѣ.* На основанiи клиническихъ наблюденiй, такъ равно на основанiи опытовъ Neumann'а въ лабораторiи Leyden'а, но въ особенности на основанiи замѣчательныхъ изслѣдованiй Magnan'а [2]) не остается сомнѣнiя, что въ этихъ случаяхъ анатомической основой страданiя является острый приливъ крови къ мозгу, главнымъ образомъ—къ мозговымъ оболочкамъ и къ мозговой корѣ. Послѣ алкогольныхъ аксцессовъ здѣсь развиваются послѣдовательныя вслѣдъ за парезомъ сосудовъ явленiя; что можетъ поддерживаться извѣстною врожденною слабостью сосудодвигательной системы у этихъ предрасположенныхъ лицъ.

Быстро наступающее опьяненiе лицъ этой категорiи есть особаго рода stigma haereditarium. Въ этомъ выражается влiянiе наслѣдственности, которая проявляется или a) очень легко наступающимъ бредомъ, или b) характеромъ самаго бреда, или наконецъ, c) тѣмъ и другимъ вмѣстѣ.

Иногда у этихъ лицъ непосредственно вслѣдъ за разгуломъ можетъ вспыхнуть острый психозъ. Не смотря на то, что въ этомъ случаѣ бредъ играетъ выдающуюся роль, однако же не слѣдуетъ это острое заболѣванiе называть «*запойнымъ бредомъ*».

Что особенно характеризуетъ состоянiе лицъ этой категорiи, это или полное отсутствiе дрожанiя, или лишь весьма умѣренное проявленiе этого важнѣйшаго признака помѣшанныхъ первой категорiи, гдѣ онъ является часто за долго до появленiя бреда.

Къ этой же категорiи алкоголиковъ—помѣшанныхъ относятся также всѣ интересныя и особенно важныя въ судебно-медицинскомъ отношенiи проявленiя патологическаго опьяненiя (die pathologischen Rauschzustände, Ivresse convulsive); однако эти послѣднiе случаи въ пред-

---

[1]) Magnan. De l'alkoolisme des diverses formes. Paris. 1874 г.

ставляющую статистику не вошли, главнымъ образомъ потому, что въ завѣдываніе нами отдѣленіе подобные больные не попадали, вѣроятно, вслѣдствіе слишкомъ кратковременнаго ихъ болѣзненнаго состоянія.

Важнѣйшая и наиболѣе часто встрѣчающаяся форма специфическихъ алкогольныхъ психозовъ у лицъ наслѣдственно-предрасположенныхъ называется «*острымъ алкогольнымъ помѣшательствомъ*» (острый чувственный бредъ пьяницъ А. Е. Черемшанскаго, der acute Trinkerwahnsinn Schüle). Это состояніе развивается у «*предрасположенныхъ*» послѣ алкогольныхъ злоупотребленій, продолждющихся обыкновенно не долго,—или въ теченіе всего лишь нѣсколькихъ дней, или же въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Впрочемъ, у нѣкоторыхъ лицъ этой категоріи бредъ развивается уже послѣ того, какъ они вслѣдствіе повторныхъ, хотя и непродолжительныхъ злоупотребленій спиртными напитками, пріобрѣли уже предварительно нѣкоторые симптомы алкоголизма, даже съ характернымъ для послѣдняго дрожаніемъ конечностей (tremor); тѣмъ не менѣе эта клиническая картина не даетъ никакихъ основаній выдѣлять такіе случаи въ особую группу, хотя бы даже признать ихъ видоизмѣненнымъ острымъ бредомъ, какъ говоритъ объ этомъ Schüle [1]) («*in der modificirien Form des Delirium tremens*»).

Эти формы остраго алкогольнаго помѣшательства клинически протекаютъ, какъ острое галлюцинаторное помѣшательство у наслѣдственно-отягощенныхъ субъектовъ съ нѣкоторыми симптомами, которые носятъ въ себѣ указанія на тяжелые этіологическіе моменты (алкоголь): особенно характерны галлюцинаціи съ дальнѣйшимъ бредомъ часто эротическаго содержанія, проявленія разрушительной ярости, импульсивныя дѣйствія (стремленіе къ поджогамъ, насилія противъ другихъ и противъ себя,—самоубійство). Клиническія разновидности обыкновенной картины остраго алкогольнаго помѣшательства, выражающагося характерными галлюцинаціями зрительными, слуховыми, общаго чувства и даже обонятельными (видѣніе огненнаго сіянія и т. п., слышаніе выстрѣловъ, разговора толпы людей на улицѣ, жандармовъ и т. п.) иногда видоизмѣняются, когда бредъ, сообразно съ соотвѣтствующими галлюцинаціями, принимаетъ религіозный характеръ или гипохондрически—меланхолическій. Legrain увѣряетъ, что въ этихъ отличительныхъ чертахъ бреда выражаются унаслѣдованныя склонности больныхъ,—напримѣръ, сынъ меланхолика въ своемъ алкогольномъ бредѣ проявитъ печальныя мысли, его бредъ обрисуется меланхолическими чертами. Эту группу *наслѣдственно-предрасположенныхъ* алкоголиковъ чрезвычайно рѣзко отличаютъ, кромѣ самаго характера бреда, также а) слабая сопротивляемость яду—

[1]) Schüle Kliniche Psychiatrie.

алкоголю, b) значительное сокращеніе продромальнаго періода бреда, а также с) довольно медленное выздоровленіе.

Заболѣваніе—какъ было уже сказано—наблюдается обыкновенно въ болѣе молодомъ возрастѣ (въ 25—30 лѣтъ).

Заболѣванія I-й и III-й группы—*бѣлая горячка и острое алкогольное помѣшательство* протекаютъ остро, не особенно затягиваются и чаще другихъ даютъ выздоровленіе.

2) *Вторая группа.* Вторую группу алкогольныхъ заболѣваній составляетъ подъострыя страданія въ формѣ *melancholiae, maniae, dementiae, paronoiae* и даже *paralyses progressivae.* Конечно, ни одна изъ этихъ формъ не отличается столь специфическимъ (алкогольнымъ) проявленіемъ, какъ разобранныя выше бѣлая горячка и острое алкогольное помѣшательсво. Тѣмъ не менѣе все-таки существуютъ иногда весьма характерныя черты, по которымъ „alkoholistische Signatur", какъ говоритъ Schüle, не можетъ быть оспариваема даже въ томъ случаѣ, если бы болѣзни эти возникли у лицъ, у которыхъ не наблюдается никакихъ слѣдовъ привычнаго и давняго злоупотребленія алкоголемъ. Съ практической точки зрѣнія и въ этомъ отдѣлѣ слѣдуетъ различать два вида больныхъ,—а) такихъ, у которыхъ наблюдается унаслѣдованное уже предрасположеніе къ психозамъ и которые обыкновенно происходятъ отъ родителей-пьяницъ и в) лицъ съ рѣзко выраженными явленіями пріобрѣтеннаго хроническаго алкоголизма, возникшаго на почвѣ относительно устойчивой нервно-психической организаціи. Больные этого отдѣла по характеру своего психическаго страданія свидѣтельствуютъ о глубокомъ пораженіи своего организма, въ которомъ дѣйствіе алкоголя оставило неизгладимые слѣды во всей ихъ нервно-психической организаціи, и хроническіе ли они алкоголисты, или только лишь предрасположенные—всѣ они безповоротно скользятъ по наклонной плоскости физическаго и психическаго вырожденія, тѣмъ болѣе, что большинство изъ нихъ никакъ не можетъ освободиться отъ своей пагубной привычки. Алкогольный характеръ психическаго страданія больныхъ этой группы можетъ быть обнаруженъ по тѣмъ особымъ признакамъ, которые свойственны хроническому алкоголизму. Иногда прежде даже, чѣмъ обнаружатся измѣненія периферической нервной системы и разстройство въ дѣятельности органовъ чувствъ, у этихъ лицъ замѣчается упадокъ нравственныхъ чувствъ.

Самыми характерными формами заболѣванія этой (II) группы служатъ *затяжной алкогольный, или запойный бредъ,* почти всегда сопровождающійся специфическимъ для пьяницъ явленіемъ—бредомъ супружеской невѣрности, далѣе алкогольный прогрессивный параличъ (dementia potatorum по С. С. Корсакову), а также mania gravis potatorum.

Другія душевныя болѣзни, наблюдающіяся у алкоголистовъ этой категоріи (melancholia, paranoia, epilepsia и т. д,) не обладаютъ уже особенно отличительными психо-патологическими чертами и узнаются по тѣмъ симптомамъ, которые представляютъ въ нѣкоторыхъ своихъ частностяхъ опредѣленныя для алкоголизма явленія; почти всегда можно найти въ такихъ случаяхъ и нѣкоторые физическіе симптомы.

Итакъ, всѣ разобранные алкогольные психозы характеризуются слѣдующими признаками: 1) въ теченіе душевной болѣзни преобладаютъ спеціальные припадки алкоголизма, что наблюдается въ тѣхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ психозовъ, когда больной самъ предавался алкогольнымъ эксцессамъ;—*первая группа*; 2) въ клиническомъ теченіи алкогольнаго психоза, вызваннаго случайнымъ алкогольнымъ эксцессомъ (иногда даже безъ этого), проявленія пріобрѣтеннаго алкоголизма смѣшиваются съ авленіями алкогольной наслѣдственности—*вторая группа* и, наконецъ, 3) вліяніе алкогольной наслѣдственности, по своимъ симптомамъ, преобладаетъ въ клинической картинѣ болѣзни—*третья группа*. Въ прилагаемыхъ таблицахъ распредѣлены отдѣльно по годамъ, начиная съ 1891 г. по 1896 г,, всѣ перечисленныя группы алкогольныхъ психическихъ заболѣваній, прошедшихъ черезъ женское психіатрическое отдѣленіе Кіево-Кирилловской губернской больницы.

Классификаціонная таблица.

	Специфически-алкогольные психозы (остр. заболѣв.). I.	Алкогольные психозы, въ которыхъ явственно отмѣчается алкогольный характеръ болѣзни. II.	Дегенеративные психозы на алкогольно-наслѣдственной почвѣ. III.	Процентное количество алк.-помѣшан. всѣхъ вообще.	Общая сумма всѣхъ новыхъ поступленій.
1891 годъ .	18,19%	38,63%	43,18%	48,35%	91
1892 „ .	9,43%	34,18%	56,39%	49,07%	108
1893 „ .	10,40%	35,34%	54,26%	44,86%	107
1894 „ .	9,09%	36,85%	54,06%	36,26%	91
1895 „ .	8,81%	36,06%	55,13%	43,03%	79
Въ пятилѣтній періодъ среднія цифры	11,18%	36,21%	52,61%	44,92%	95,20

IV.

Значеніе представленныхъ цифръ велико. Въ нихъ заключаются грустно-поучительныя указанія на слишкомъ печальное явленіе въ нашемъ отечествѣ, на алкоголизмъ, какъ на одну изъ главнѣйшихъ причинъ развитія душевныхъ болѣзней. Несомнѣнно, что причина эта уже глубоко пустила корни среди населенія: по среднимъ числамъ за пятилѣтіе почти у половины поступающихъ въ психіатрическое отдѣленіе больныхъ (44,92%) можно было найти связь ихъ умственнаго разстройства съ алкоголизмомъ, и что еще печальнѣе—между ними всѣми нѣсколько болѣе половины (52,61%) такихъ, алкогольно-патологическая наслѣдственность которыхъ могла быть съ точностью доказана.

Изъ приведенныхъ данныхъ вытекаетъ, что алкоголизмъ и патологическая наслѣдственность сплетаются между собою самымъ тѣснымъ образомъ и на клинической почвѣ встрѣчаются при томъ столь часто и въ такомъ взаимодѣйствіи, что иногда сразу не поддается точному опредѣленію, что изъ нихъ служитъ производящей причиной, а что—предрасполагающей. Да это и безразлично по существу: въ томъ и другомъ случаѣ алкоголь играетъ главную роль. Значеніе его всего лучше опредѣляется словама *Legrain'a: «пьяницы порождаютъ выродившихся, а выродившіеся — пьяницъ»*. Такимъ образомъ, придерживаясь мнѣнія Krafft-Ebing'a [1]), необходимо различать между вырождающимися субъектовъ, у которыхъ наблюдаются признаки явной болѣзненной наслѣдственности (Belastung), отъ лицъ съ простымъ лишь болѣзненнымъ расположеніемъ (latente Disposition). Хотя многіе изъ изслѣдователей принимаютъ, что алкоголизмомъ вызывается лишь предрасположеніе къ психическимъ заболѣваніямъ, но, кажется, это вліяніе алкоголизма необходимо нѣсколько расширить, что слѣдуетъ также изъ представленныхъ нами фактовъ: третью категорію душевно-больныхъ составляютъ исключительно лица съ явной наслѣдственностью.

Какъ часто алкоголизмъ родителей, какъ предрасполагающій моментъ, передается потомству въ видѣ однородной наслѣдственности (т. е. въ видѣ прямаго унаслѣдованія склонности къ пьянству), сказать въ настоящее время довольно затруднительно. Однако же слѣдуетъ признать, судя по приведенной статистикѣ, это отношеніе должно быть очень тѣснымъ: родители, впавшіе въ психическую дегенерацію вслѣдствіе алкогольныхъ излишествъ, производятъ на свѣтъ дѣтей, которые также имѣютъ пристрастіе къ алкоголю, и если это до сихъ поръ не подтверждается яркими примѣрами записей нашихъ домовъ

---

[1]) Krafft-Ebing. Учеб. психіатріи. Второе рус. изд. 1890 г. стр. 216.

умалишенныхъ, то это имѣетъ свои объясненія: дѣти пьяницъ очень часто умираютъ отъ конвульсій. Выросшіе обладаютъ слабою нервно-психическою организацiей и даже незначительныя алкогольныя злоупотребленія съ ихъ стороны быстро приводятъ ихъ къ помѣшательству, которое нерѣдко оканчивается слабоуміемъ. Такимъ образомъ скрывается тотъ стадій ихъ жизни, когда могло бы выразиться врожденное пристрастіе ихъ къ алкоголю. Въ этой же причинѣ лежитъ объясненіе того, что отягощенные наслѣдственнымъ предрасположеніемъ алкоголисты обыкновенно не обладаютъ физическими признаками хроническаго алкоголизма, а это можетъ иногда затемнять истинную причину ихъ психическаго страданія.

Наиболѣе очевидное и чистое вліяніе наслѣдственнаго алкоголизма—dipsomania по характеру своего проявленія служитъ самымъ яснымъ признакомъ алкогольнаго вырожденія; вообще у выродившихся алкоголистовъ дурные инстинкты, насильственныя мысли и дѣйствія составляютъ отличительныя черты ихъ характера, поэтому и страсть къ вину принимаетъ у нихъ особую форму проявленія, импульсивную. Совершенно справедливо говоритъ *Legrain*[1]), что алкогольный бредъ предрасположенныхъ представляетъ много отличій отъ стереотипнаго алкогольнаго бреда и потому, можетъ быть, этотъ бредъ не такъ легко обнаруживается, скрываясь въ массѣ разнообразныхъ индивидуальныхъ признаковъ, характеризующихъ наслѣдственность и сохраняющихъ вмѣстѣ съ тѣмъ свою независимость отъ проявленій пріобрѣтеннаго алкоголизма. Дѣйствительно, алкоголизмъ предрасположенныхъ выражается въ безконечномъ разнообразіи формъ и опредѣляется, какъ свойствами наслѣдственнаго предрасположенія, такъ не менѣе того и личною, индивидуальною склонностью субъекта къ алкоголю. Въ каждой формѣ душевнаго заболѣванія такихъ лицъ необходимо искать не зависимыхъ одно отъ другого проявленій, какъ врожденнаго предрасположенія, такъ и вліяній алкоголя; эти обѣ причины дѣйствуютъ на организмъ, взаимно соединяясь, при чемъ нерѣдко вліяніе ихъ отражается почти въ равной степени.

Алкоголь—тотъ ядъ, который подтачиваетъ нервно-психическое здоровье отдѣльной личности; въ алкоголизмѣ заключается общественное зло, что съ печальной убѣдительностью доказывается представленными цифрами, превосходящими даже тѣ, на которыя указалъ академикъ И. П. Мержеевскій [2]) въ своей рѣчи, произнесенной на первомъ съѣздѣ отечественныхъ психіатровъ (по свѣдѣніямъ этого ученаго чи-

---

[1]) Ср. Legrain. Effets comparés de l'ivrognerie et de la température. Internationale Monatschrift zur Bekämpfung der Trinksitten. 1895. № 2.

[2]) И. П. Мержеевскій. Труды отечественныхъ психіатровъ.

ло алкоголистовъ въ русскихъ домахъ умалишенныхъ простирается до 42%). Въ цифрахъ умалишенцыхъ алкоголистовъ общирнаго психіатрическаго отдѣленія Кирилловской больницы въ Кіевѣ отражается характеръ роковой болѣзненности населенія. Алкоголизмъ имѣетъ свойство передаваться по наслѣдству и видоизмѣняться въ нѣкоторыя формы помѣшательства, особенно въ тѣ, которыя извѣстны подъ видомъ нравственнаго сумашествія, то это составляетъ связующее звено между алкоголизмомъ съ одной стороны и преступленіемъ съ другой. Вообще говоря, злоупотребленіе спиртными напитками есть тотъ главный рычагъ, которымъ въ нашемъ обществѣ вѣроятно держится преступленіе и главнымъ образомъ—помѣшательство. Сродство порока и преступленія съ сумасшествіемъ можно доказать весьма многочисленными примѣрами (Lombroso)[1]. Mandsley[2]) совершенно справедливо отмѣчаетъ тотъ фактъ, что враги общества, не подчиняющіеся общественнымъ правиламъ, часто подвержены сумасшествію; можно сказать, что большая часть преступниковъ нравственно слабоумны (Tamburini et Seppili)[3]. Нѣкоторые авторы, особенно Féré[4]), занимавшіеся изученіемъ вырожденія въ его связи съ преступленіемъ, указываютъ, что порокъ, преступленіе и сумасшествіе отдѣлены одинъ отъ другого только общественными предубѣжденіями; по мнѣнію этихъ ученыхъ преступленіе и сумасшествіе столь тѣсно связаны между собою, что ихъ не слѣдуетъ ни разграничивать, ни изучать одно независимо отъ другого. Можно сказать безъ преувеличеній, что алкоголизмъ есть источникъ и тотъ главный путь, который очень легко ведетъ къ помѣшательству и преступленію; даже случайныя нарушенія общественныхъ законовъ, большею частью, стоятъ въ тѣсной связи съ алкоголизмомъ. Это послѣднее обстоятельство находитъ свое объясненіе въ особомъ дѣйствіи алкоголя на двигательную сферу человѣка. Экспериментальныя психо-физіологическія изслѣдованія Kraepelin'a[5]) показали, что вліяніе алкогольнаго опьяненія проявляется главнымъ образомъ аномаліями въ сферѣ психомоторной, характеризующимися импульсивностью дѣйствій; говоря о вмѣняемости опьянѣвшаго отъ вина, Kraepelin выражается слѣдующими словами: «der Verlust der Zurechnungsfähigkeit kann sich in doppelter Weise vollzichen; einem Menschen kann die Uebersicht über die Folgen seinen Handlungen, und es kann ihm die Herrschaft über seinen Willen abhanden kommen“.

---

[1]) Lombroso. L'uomo deliquente. Torino. 1878.

[2]) Maudsley. Pathologie de l'esprit (trad. française). 1883.

[3]) Tamburini et Seppili. Studio di psychopathologia criminale... Reggio Emilia. 1883.

[4]) Ch. Féré. Dégénérescence et criminalité. Paris. 1888.

[5]) E. Kraepelin. Ueber die Becieflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Experimentelle Untersuchungen. Jena. 1892.

Но жизнь идетъ далеко впереди лабораторныхъ изысканій. Справки у авторовъ, изучавшихъ отношеніе преступности къ алкоголизму, показываютъ, что 50%—90% преступниковъ—алкоголисты. Цифры французской тюрьмы Sainte-Pelagrie показываютъ, напр., что въ числѣ лицъ, осужденныхъ за убійство, болѣе половины алкоголистовъ; почти изъ двухъ тысячъ лицъ, осужденныхъ за воровство, мошенничество и т. п., алкоголистовъ было 70% [1]). По мнѣнію Baer'a преступленія противъ нравственности чаще всего (77%) совершаются алкоголистами, причемъ въ гораздо большемъ числѣ случайными пьяницами. Kurella [2]) въ своей «Естественной исторіи преступника» представляетъ въ высшей степени интересныя данныя, касающіяся криминальной психологіи и, говоря о вырожденіи, какъ о выдающемся факторѣ преступности, увѣряетъ, что преступная наслѣдственность играетъ главную роль въ этомъ вопросѣ. Въ доказательство своего мнѣнія Kurella представляетъ весьма любопытныя генеалогическія таблицы семействъ преступниковъ, прослѣженныхъ въ нѣсколькихъ поколѣніяхъ и пополнявшихъ свои ряды убійцами, ворами, бродягами и т. п., и въ заключеніе этотъ авторъ говоритъ, что въ числѣ членовъ такихъ семействъ чаще всего наблюдались алкоголисты.

Необходимо ли послѣ этого доказывать, что и въ Россіи, алкоголь не можетъ не служить одной изъ причинъ развитія порочности и преступленій? Въ этомъ можно убѣдиться статистическимъ путемъ. Изъ представленныхъ нами таблицъ необходимо сдѣлать выводъ о слишкомъ развитомъ въ населеніи юго-западнаго края алкоголизмѣ, а изъ другихъ источниковъ слѣдуетъ, что и преступность среди этого населенія выражается въ размѣрахъ, превышающихъ норму. При Министерствѣ Юстиціи существуетъ постоянное статистическое отдѣленіе, имѣющее своею непосредственною задачею обрабатывать по особымъ формамъ дѣятельность россійскихъ судебныхъ установленій и результаты своихъ изслѣдованій издавать въ видѣ «сводовъ по дѣламъ уголовнымъ и гражданскимъ». Такіе труды составляютъ цѣнный вкладъ въ общую сокровищницу знаній, и не только законовѣды, но и антропологи, а также невропатологи могутъ найти тамъ неисчерпаемый запасъ свѣдѣній, разработка которыхъ могла бы сослужить полезную службу нашей родинѣ. На основаніи цифръ «свода статистическихъ свѣдѣній по дѣламъ уголовнымъ», производившимся въ 1889 году въ Имперіи (за исключеніемъ Варшавскаго и Кавказскаго суд. округовъ), необходимо сдѣлать выводъ, что Кіевскій судебный округъ по количеству возникающихъ въ немъ дѣлъ значительно выдается въ ряду дру-

---

[1]) Ср. «Врачъ». Еженедѣльная мед. газета. 1896. № 42.

[2]) H. Kurella. Naturgeschichte des Verbrechers. 1893 г.

гихъ округовъ, и что окружный судъ Кіевскій по числу производившихся въ немъ уголовныхъ дѣлъ занимаетъ первое мѣсто. Кіевская губернія имѣетъ поучительно-печальную привиллегію въ Россійской Имперіи вообще по преступности населенія (только по числу осужденныхъ за кражи она уступаетъ мѣсто Московской губерніи). Въ трудѣ члена Кіевскаго окружнаго суда А. П. Осипова [1]) приведены слѣдующія цифры осужденныхъ за разнаго рода преступленія:

Преступленія.	Число осужден. лицъ.
По религіознымъ преступл.	31
« оскорбленію и неуваженію властей	110
« служебнымъ преступл.	63
« тѣлесныя поврежденія	210
« нарушен. устав. казен. управл.	29
« противъ обществен. нравств.	160
« предумышлен. убійства	22
« кражамъ	460

По статистикѣ того же автора оказывается, что неграмотные, равнымъ образомъ холостые и незамужнія дали наибольшій процентъ преступниковъ.

V.

Изученіе алкоголизма въ нашемъ отечествѣ и всѣхъ мѣръ борьбы съ нимъ должно получить широкое развитіе, и, можетъ быть, главнѣйшую долю пользы въ этомъ дѣлѣ принесутъ психіатры, которымъ приходится чаще другихъ видѣть то печальное обстоятельство, что вліяніе алкоголя распространяется далеко за предѣлы своего времени.

Уже и у насъ въ Россіи начали чаще раздаваться голоса, призывающіе общество къ борьбѣ съ алколизмомъ. Въ этой борьбѣ необходимо примѣнять самыя разнообразныя мѣры, какія только можетъ представить частная и общественная иниціатива, законоположенія и призрѣніе со стороны правительства.

Въ видѣ мѣръ профилактическихъ надлежитъ съ особенною заботою отнестись къ дѣтскому возрасту. Крайне печальнымъ является фактъ, что Emminghaus [2]), тщательно изучавшій душевныя разстройства у дѣтей, отмѣчаетъ то чрезвычайно грустное явленіе, что даже въ дѣтскомъ возрастѣ не отсутствуетъ группа алкогольныхъ психозовъ. Нервныя, душевныя болѣзни и даже самоубійство дѣтей—суть зловѣщіе

[1]) А. П. Осиповъ. Судебная статистика. Кіевъ. 1895 г.

[2]) Emminghaus. Die psychischen Störungen in Kindes Alter, рус. пер. С.-Петербургъ. 1890.

спутники жизни молодаго потомства алкоголистовъ; они ведутъ безпощадную борьбу съ неуравновѣшенною натурою юнаго существа. Morselli [1]) приводитъ подробную таблицу самоубійства дѣтей въ разныхъ государствахъ Европы. Большинство этихъ несчастныхъ дѣтей—потомки алкоголистовъ. Чувство потрясающей скорби вызываютъ начальныя строки предсмертнаго письма одного самоубійцы—тринадцатилѣтняго существа «Je légue mon ame à Rousseau, mon corps à la terre» (Voisin-Emminghaus) [2]). Здѣсь-то находятъ себѣ подтвержденіе глубоко знаменательныя слова Библіи «и буду мстить я вамъ за грѣхи вашихъ отцовъ до третьяго и четвертаго колѣна».

Было бы ужасно для человѣка знать всѣ антропологическіе и клиническіе признаки вырожденія, особенно при столь распространенныхъ нынѣ тяжелыхъ условіяхъ борьбы за самосохраненіе, если бы наука вмѣстѣ съ тѣмъ не указывала способовъ разрѣшенія великихъ біологическихъ задачъ—улучшенія человѣческой породы. Указанія возрожденія человѣка и возстановленія здоровой нервно-психической системы лежатъ въ видѣ неисчерпаемаго источника, которымъ изобилуетъ психическая гигіена.

Болѣзненная наслѣдственность въ самомъ раннемъ дѣтствѣ выражается то въ видѣ разныхъ странностей, то въ видѣ недостатковъ и неправильностей характера ребенка, столь знакомыхъ современнымъ психіатрамъ (Scholz). Ключъ къ объясненію всего этого и тѣмъ самымъ—къ устраненію лежитъ у врачей-психіатровъ и у воспитателей. Правильное вспитаніе съ методическимъ спокойнымъ развитіемъ добрыхъ сторонъ дѣтской души должно спѣшить туда, гдѣ уже обнаруживаются слѣды наслѣдственнаго увяданія нервно-психической системы. Болѣе полустолѣтія тому назадъ Esquirol [3]) выразилъ почти ту же мысль слѣдующими словами: «Cette prédisposition maladive se fait remarquer même dès l'enfance; elle peut expliquer une multitude des bizarreries, d'irrégularités d'anomalies, qui de très bonne heure, auraient du mettre en garde les parents. Elle peut être un avertissement utile à ceux qui président l'education»... Этимъ знаменитымъ французскимъ психіатромъ какъ-бы предначертаны могущественныя орудія возрожденія человѣческаго рода: *семейное начало съ охраненіемъ здоровья женщины и правильное воспитаніе дѣтей* всегда останутся лучшимъ и вѣрнѣйшимъ средствомъ нравственнаго прогресса современнаго общества. Ясно, что женщинѣ, какъ естественной воспитательницѣ дѣтей, принадлежитъ почетнѣйшая роль —возвысить человѣка,—міровая роль, и потому глубокою справедли-

---

[1]) Morselli. Cp. Scholz. Недостатки въ характерѣ ребенка. 1893 г. стр. 191.

[2]) Voisén-Emminghaus. L. c. стр. 152.

[3]) Esquirol. Op. cit. tome I, pag. 66.

востью звучатъ слова знаменитаго русскаго врача-философа Пирогова [1]) «въ воспитанiи женщинъ заключается воспитанiе всего человѣчества».

Казалось-бы далѣе, что въ ряду профилактическихъ мѣръ противъ пьянства необходимы различнаго рода законодательства, прямо и безусловно запрещающiя пьянство, при непосредственномъ дѣятельномъ участiи въ этомъ администрацiи. Подобныя условiя огражденiя человѣка отъ вреда пьянства могли бы найти для себя весьма благородное оправданiе, но, къ сожалѣнiю, практическое примѣненiе такихъ мѣръ наблюдается уже въ тотъ позднiй перiодъ, когда алкоголистъ, какъ сомнительный членъ общества, внушаетъ своимъ поведенiемъ большiя опасенiя.

Хотя по русскому законодательству «запрещается всѣмъ и каждому пьянство» (§ 241, гл. II Устава о предупрежд. и пресѣч. преступл. Св. зак. т. XIV. Изд. 1857 г.), тѣмъ не менѣе алкоголизмъ въ Россiи процвѣтаетъ, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ нашего государства. Впрочемъ дѣло не идетъ о безусловномъ изгнанiи вина изъ употребленiя. Наука находитъ въ алкоголѣ нѣкоторыя свойства, дѣлающiя алкоголь хорошимъ лѣкарствомъ. Алкоголь, въ особенности виноградныя вина, служитъ для человѣка очень прiятнымъ вкусовымъ веществомъ; съ другой стороны, есть указанiя и на другiя полезныя дѣйствiя алкоголя. Съ помощью его достигаютъ иногда весьма благодѣтельныхъ результатовъ въ отправленiяхъ разныхъ органовъ, особенно же—въ дѣятельности важныхъ жизненныхъ центровъ, завѣдующихъ физiологическою работою сердца и дыханiя.

Изслѣдованiе физiологовъ и фармакологовъ показали, что подъ влiянiемъ вина дѣятельность сердца усиливается (Zimmerberg [2]), работавшiй въ лабораторiи Schmiedeberg'а, Vulpian [3]); подобныя же, совершенно аналогичныя отношенiя имѣетъ алкоголь и къ процессу дыханiя (Dumouly [4]), авторъ) [5]). Новѣйшiя изслѣдованiя De-Sarlo и Bernardini [6]), которые дѣлали опыты съ ромомъ, показали, что послѣ употребленiя этого средства въ небольшихъ количествахъ повышается мускульная сила; такой же выводъ дѣлаетъ англiйскiй ученый P. Lombard War-

---

[1]) Пироговъ. Вопросы жизни. Морской сборникъ. 1856.

[2]) Zimmerberg. Untersuchungen und d. Einfluss d. Alkohols auf d. Thätigkeit d. Herzens. Dorpat. 1869.

[3]) Vulpian. Compt. rend. 1878. T. LXXXVI.

[4]) Dumouly. Recherches cliniques et experimentales sur l'action hypodermique de l'alkool.

[5]) П. Нечай. Матерiалы для патологiи дыхательной иннервацiи. С.-ПБ. 1890.

[6]) De-Sarlo и Bernardini. Richerche sulla circolazione cerebrale durante l'attivita psichica sotto l'azione dei veleni intelletuali. Rivista sperimentaledi freniatria, Vol. XVIII, I.

ren[1]), подтверждающій повышеніе мускульной силы послѣ небольшихъ дозъ алкоголя.

Такимъ образомъ, алкоголь можетъ служить *драгоцѣннымъ лѣкарствомъ въ рукахъ образованнаго и опытнаго врача.*

Всеобщее распространеніе алкоголя основано на его наркотическомъ вліяніи на головной мозгъ. Умѣренныя дозы этого средства улучшаютъ самочувствіе, и вслѣдствіе этого непріятныя впечатлѣнія менѣе доходятъ до сознанія, какъ физическія, такъ и психическія страданія легче переносятся; «*körperliehe und psychische Leiden weniger zum Bewusstsein kommen und Anstrengungen leichter etranger werden*», говоритъ Harnack [2]). Наконецъ, Schmiedeberg, лучшій изслѣдователь вліянія вина на человѣческій организмъ, удостовѣряетъ чрезвычайно важный фактъ пониженія чувства усталости подъ вліяніемъ алкоголя. Такимъ образомъ, при тяжкомъ трудѣ, алкоголь является лѣкарствомъ, облегчающимъ утомленнаго труженика. Нужно вспомнить, какую тяжелую борьбу ведетъ русскій человѣкъ за свое существованіе; какой неутомимой работы стоитъ ему добываніе хлѣба, теплаго платья на большой періодъ холоднаго времени нашей суровой бѣдной природы. Рѣзкіе переходы отъ тепла къ холоду, низкая средняя температура воздуха требуютъ отъ русскаго человѣка большаго напряженія физическихъ и моральныхъ силъ, и высокая смертность нашего населенія является естественной, хотя и тяжелой данью чрезвычайно напряженнаго труда и усилій его къ физическому и нравственному самосохраненію. При такихъ условіяхъ убогаго существованія русскому народу необходимо идти въ общемъ уровнѣ съ западно-европейской цивилизаціей и культурой, и сколько онъ долженъ развивать въ себѣ энергіи, цѣною какого гигантскаго труда онъ завоевываетъ свое почетное положеніе въ ряду другихъ народовъ Европы. Между тѣмъ недостаточное питаніе нашего народа общеизвѣстно.

Въ русской литературѣ, кажется, не существуетъ спеціальныхъ изслѣдованій въ области статистики народнаго пищеваго продовольствія. Въ странахъ, отличающихся своею промышленностью, давно уже обращено вниманіе на связь, существующую между пищевымъ потребленіемъ народа и производительностью труда народонаселенія: этимъ вопросомъ очень обстоятельно занимались многіе ученые экономисты, какъ

---

[1]) P. Lombard Warren. Some of the influence, which affect the power of voluntary muscular contractions. Journal of physiology, XIII, 1 и 2 1892. Реф. въ Neurol. Centralbl. 1892. X, 10.

[2]) E. Harnack. Lehrb. d. Arzneimittellehre u. Arzneiverordnungslehre. 1883.

Gould [1]), Atwater [2]). Ducpéctiaux [3]) и др. Эти авторы доказываютъ, что въ странахъ съ высокимъ развитіемъ промышленности наблюдается также и значительное пищевое потребленіе. Изслѣдованіями упомянутыхъ ученыхъ установлено превосходство питанія американскихъ рабочихъ; равнымъ образомъ доказано, что рабочая сила американскихъ рабочихъ замѣтно выше рабочей силы англичанъ и несравненно болѣе—нѣмцевъ Наконецъ, этими-же изслѣдованіями доказывается, что пищевыя вещества, обыкновенно употребляемыя народомъ, въ Соединенныхъ Штатахъ дешевле, чѣмъ въ Европѣ, а потому на ту же заработанную плату, американскій рабочій можетъ лучше питаться, чѣмъ рабочій европейскій.

Несомнѣнно, чрезвычайно трудно представить точную статистику въ столь сложныхъ вопросахъ; однакоже начало въ этомъ отношеніи положено, и если оказать довѣріе подобнымъ изслѣдованіямъ Mulhall'я [4]), который пытается опредѣлить количество годичнаго потребленія въ пищу мяса во всѣхъ европейскихъ государствахъ и въ Соединенныхъ Штатахъ, то прійдется узнать, что Россія въ классификаціи этого автора занимаетъ предпослѣднее мѣсто; за нею остается лишь Италія.

Профессоръ Неаполитанскаго университета Nitti [5]) указываетъ, что послѣдствія недостаточнаго питанія человѣка «не видимы даже для самаго опытнаго лаборанта... При опытахъ въ лабораторіи мы едва замѣчаемъ, что индивидуумъ, питающійся малымъ количествомъ альбиминоидовъ, блѣднѣетъ, худѣетъ; непродолжительность опытовъ не позволяетъ намъ вполнѣ прослѣдить за дѣйствіемъ такого питанія. Но чего физіологъ не можетъ сдѣлать посредствомъ своихъ опытовъ, то самое ясно видно статистикѣ, изучающей коллективную жизнь народа». Далѣе этотъ ученый примѣняетъ свои знанія по отношенію къ неаполитанскому простонародію и заканчиваетъ свою рѣчь печальными разсужденіями о вырожденіи, которое уже налагаетъ свою печать на этотъ классъ итальянскаго населенія.

Послѣ этого вопросъ о злоупотребленіи спиртными напитками получаетъ иное освѣщеніе. Въ ряду разныхъ способовъ, которыми можно ослабить чувство голода и всѣ явленія неудовлетворительнаго питанія

---

[1]) Gould. Les ouvriers de la houille, du fer et de l'acier en Europe et en Amérique. Paris. 1893.

[2]) Atwater. The chemistry and economy of food. Proceedings 3-d annual session of the national convention of chiefs and commissioner of the varions bureaus of statistics of Labour. Boston. 1885.

[3]) Ducpéctiaux. Budgets économiques des classes ouvrières en Belgique. Bruxelles 1891.

[4]) Mulhall. Dictionary of Statistics art. Flesh.

[5]) Nitti. Промышленный прогрессъ и потребленіе пищи. Ср. Научное Обозрѣніе 1895. № 35.

первое мѣсто занимаетъ возбужденіе нервной системы, которая управляетъ мускульною силой человѣка; кромѣ того, человѣкъ ищетъ средствъ увеличить способность своего организма сопротивляться чувству усталости. По мнѣнію Marvaudá [1]) та и другая цѣль достигается очень удобно алкоголемъ. Этотъ авторъ видитъ въ недостаточномъ питаніи народа—единственную причину злоупотребленія спиртными напитками.

Поэтому едва-ли не главнѣйшей заботою тѣхъ, кто дорожитъ будущимъ нашей родины, должно быть широкое развитіе на Руси тѣхъ учрежденій, которыхъ единственная цѣль—служить матеріальной и нравственной поддержкой рабочему классу. Состоящіе подъ покровительствомъ *Государыни Императрицы Александры Өеодоровны дома трудолюбія* являются одной изъ главнѣйшихъ государственныхъ мѣръ защиты общественнаго здоровья отъ распространяющагося у насъ алкоголизма.

Къ числу мѣръ борьбы съ алкоголизмомъ слѣдуетъ также отнести строгій *правительственный надзоръ за производствомъ вина*, чтобы оно поступало въ продажу не фальсифицированнымъ, а водка — очищенной отъ всякихъ ядовитыхъ примѣсей. Можно надѣяться, что правительственная монополія въ продажѣ вина дастъ хорошія послѣдствія, устранивъ тотъ вредъ, который зависитъ отъ употребленія неочищенныхъ водокъ.

Однако же, при всемъ уваженіи къ почтеннымъ принципамъ свободы гражданъ, нельзя обойтись безъ проведенія въ жизнь и даже —строгаго примѣненія тѣхъ карательныхъ мѣръ, которыя имѣютъ въ виду охранять общество отъ прогрессирующаго увеличенія количества лицъ съ патологическою наслѣдственностью, связанной въ большинствѣ случаевъ съ алкоголизмомъ. Объ этомъ весьма подробно говоритъ Féré [2]) въ своемъ талантливомъ трудѣ *«La pathologie des émotions»*. Здѣсь Féré возстаетъ противъ ложной гуманности, съ которой современное общество относится къ преступникамъ, и совершенно справедливо замѣчаетъ, что *«состраданіе къ преступленію — одна изъ главныхъ причинъ вырождвнія рода»*.

При обсужденіи разныхъ мѣръ борьбы съ алкоголизмомъ, предложенныхъ Ladam'омъ на конгрессѣ французскихъ психіатровъ и невропатологовъ въ августѣ 1894 г. въ Clermont-Ferrand [3]) всѣ члены высказались за то, чтобы особенно строгія наказанія были налагаемы на пьяныхъ за появленіе ихъ въ церкви, въ судѣ, въ общественныхъ мѣстахъ, или во время занятій, когда опьяненіе агента можетъ быть опасно для общества; при чемъ если бы была доказана невмѣняемость алкого-

---

[1]) A. Marvaud. Les aliments d'épargne. 1874.

[2]) Féré. La pathologie des émotions. Paris. 1892.

[2]) Ladame. De l'assistance et de la legislation relatives aux alcooliques.

листа, то онъ долженъ быть помѣщенъ въ спеціальное лѣчебное заведеніе.

Итакъ, слѣдующею мѣрою противъ алкоголизма необходимо признать учрежденіе *лѣчебницъ для алкоголистовъ*, которыя должны замѣнить собою тюрьмы и разныя исправительныя учрежденія. Въ Россіи только пока Казань оказалась счастливой въ этомъ отношеніи, устроивъ у себя первую въ нашемъ отечествѣ лѣчебницу для пьяницъ.

Нельзя не признать, что лучшую задачу у насъ въ современной борьбѣ съ алкоголизмомъ составляетъ учрежденіе *обществъ трезвости*, которыя своею просвѣтительною дѣятельностью распространяютъ среди общества истинныя воззрѣнія на высшія начала нравственности. Не слѣдуетъ однако забывать, что словомъ однимъ, даже въ высшей степени добрымъ и гуманнымъ, невозможно достигнуть результатовъ тамъ, гдѣ идетъ вопросъ о жизни и о всѣхъ ея практическихъ началахъ. Физіологическія потребности организма превосходятъ иногда всѣ спокойные разсчеты даже здраваго ума, особенно при томъ высокомъ напряженіи нравственныхъ и физическихъ силъ, которое развиваетъ русскій человѣкъ въ борьбѣ за свое существованіе.

Чтобы изгнать изъ обихода человѣка водку, необходимо указать средства, способныя замѣнить ея значеніе. Kraepelin [1]) на основаніи своихъ научныхъ изслѣдованій, а также имѣя въ виду наблюденія другихъ экспериментаторовъ, какъ Dehio [2]), Kobert [3]), приходитъ къ заключенію, что замѣнить алкоголь можно было-бы чаемъ, который оказываетъ довольно благотворное вліяніе на психическую дѣятельность человѣка.

Слѣдовательно, полезною мѣрою борьбы съ алкоголизмомъ было бы распространеніе среди народа привычки болѣе широкаго употребленіе чая. Конечно, за виномъ остаются все-таки большія преимущества; тѣмъ не менѣе и чай, который долженъ замѣнить бѣдному человѣку алкоголь, по своему физіологическому дѣйствію, можетъ служить для человѣка возбудителемъ нервной системы. Однако этотъ напитокъ въ настоящее время находитъ себѣ примѣненіе довольно ограниченное: слишкомъ высокая цѣна на сахаръ, чай, кофе, служитъ важнымъ моментомъ, препятствующимъ успѣшной борьбѣ съ алкоголизмомъ упомянутымъ орудіемъ.

---

[1]) Kraepelin. Op. cit. pag. 219. Ueb. Alkohol u. Thee. Vrh. d. Intern. med. Cong. Berl. 1891.

[2]) Dehio, H. Untersuchungen über den Einfluss des Coffeins und Thees auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge. Dorpat. 1887.

[3]) Kobert. Ueber den Einfluss verschiedener pharmakologischer Agentien auf die Muskelsubstanz. Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, XV.

Уменьшеніе налоговъ на эти важные продовольственные продукты заслуживаетъ большаго вниманія въ разбираемомъ вопросѣ, составляя важную государственную мѣру въ нашемъ отечествѣ.

Въ ранѣе уже упомянутомъ трудѣ М. Кашкарова приведено, что крупнѣйшимъ доходомъ въ Россіи, послѣ питейнаго, является таможенный, при чемъ оказываетя, что главнѣйшую часть этого дохода, именно около $^{1}/_{4}$ всей суммы его, составляетъ чай. Высокая пошлина на этотъ продуктъ (21 р. зол. съ пуда по Европейской границѣ и 13 р. зол. по Сибирскому пути) ложится тяжелымъ бременемъ на потребителя и такимъ образомъ очень препятствуетъ распространенію потребленія въ народѣ этого полезнаго продукта.

Но самымъ существеннымъ условіемъ широкаго распространенія у насъ алкоголизма, слѣдуетъ назвать тотъ недугъ, который въ Россіи необходимо признать по преимуществу общественнымъ — это недостаточное воспитаніе и образованіе народа.

Въ Кирилловской больницѣ (въ женскомъ психіатрическомъ отдѣленіи) число неграмотныхъ больныхъ далеко превосходитъ количество грамотныхъ. Слабое развитіе грамотности, а еще болѣе то, что чувство и воля человѣка остаются безъ всякой культуры, составляютъ существенный пробѣлъ современнаго воспитанія, а это отзывается въ наше время во множествѣ весьма прискорбныхъ явленій. Современныя общественныя условія требуютъ, съ одной стороны, стойкой рѣшимости, нравственной крѣпости и способности противодѣйствовать разнаго рода волненіямъ и житейскимъ увлеченіямъ, а съ другой стороны — бываетъ необходимость правильно взвѣсить всѣ внѣшнія явленія и во время уступить общественному мнѣнію. При унаслѣдованіи невропатической конституціи вслѣдствіе алкоголизма родителей, при обычномъ отсутствіи правильнаго воспитанія чувства и воли, сколько можетъ встрѣтиться въ жизни современнаго общества условій для развитія помѣшательства, и ранѣе всего это проявляется помраченіемъ нравственной сферы человѣка, этого лучшаго украшенія его природы. При видимой утонченности мысли высшаго общества и при непроглядномъ мракѣ ума простаго народа, замѣтно грубѣютъ нравы и чувства. Мысль, утратила свою глубину, убѣжденія сдѣлались поверхностными, человѣкъ потерялъ характеръ, потому что мысли его не согрѣваются теплыми чувствами; онъ не способенъ настойчиво преслѣдовать задуманные планы и цѣли, быстро теряетъ нравственную твердость, малодушно избѣгаетъ труда, ищетъ легкой наживы, презирая все, что пріобрѣтается долгимъ напряженнымъ усиліемъ. При первой неудачѣ человѣкъ теряетъ свое слабое умственное и нравственное равновѣсіе, и жалкимъ, и малодушнымъ уходитъ со сцены жизни, впадая не рѣдко въ помѣшательство.

Несомнѣнно, что *улучшеніе нравственныхъ силъ народа,* широкое *развитіе мѣръ, воспитывающихъ не только умъ, но и чувство человѣка*, составляютъ важнѣйшее средство борьбы съ современнымъ алкоголизмомъ; замѣна низшаго физіологическаго возбудителя, алкоголя, разными впечатлѣніями высшаго, психическаго порядка составляетъ задачу трудную, но едва ли не главнѣйшую въ числѣ всѣхъ мѣропріятій.

Почтенный изслѣдователь денежнаго хозяйства въ Россіи М. Кашкаровъ [1]) дѣлаетъ попытку свести итоги главнѣйшихъ расходовъ нашего государства по группамъ, и оказывается, что въ этой классификаціи расходъ «*на духовныя потребности*» занимаетъ самое скромное мѣсто, и что расходы Министерства Народнаго Просвѣщенія, въ ряду всѣхъ вѣдомствъ, за послѣднее десятилѣтіе увеличились наименѣе.

Между тѣмъ при слабомъ развитіи воспитательныхъ началъ въ нашемъ народѣ быстро идетъ утонченная борьба за существованіе не рѣдко среди условій, убивающихъ всякій умственный и нравственный прогрессъ; роль первостепеннаго фактора въ этой борьбѣ играетъ разумъ. Страсть къ наживѣ, къ матеріальнымъ выгодамъ и пріобрѣтеніямъ требуетъ тонкаго ума, и онъ развивается въ ущербъ здоровому чувству. Эти условія передаются человѣкомъ изъ поколѣнія въ поколѣніе, ибо по біологическимъ законамъ наслѣдственность не только передаетъ родовые и видовые признаки, но сохраняетъ ихъ и даже накопляетъ (Ribot). Отсюда уже видно начало вырожденія человѣческаго рода и паденія его нравственнаго, а позже и умственнаго. «Я замѣтилъ», говоритъ *Maudsley*[2]): «что когда человѣкъ много трудится, чтобы изъ бѣдности подняться до богатства и прочно обставить свою семью, то слѣдствіемъ этого стремленія къ наживѣ является у потомковъ физическое и душевное вырожденіе, которое приводитъ иногда черезъ 3 или 4 поколѣнія къ вымиранію семьи. Если послѣдняго не случается, то все-таки у потомковъ остается инстинктивная плутоватость и двоедушіе, чрезмѣрный эгоизмъ и отсутствіе истинныхъ нравственныхъ понятій. Чрезмѣрная страсть къ богатству, поглощая всѣ жизненныя силы человѣка, предрасполагаетъ его потомство къ нравственному вырожденію, а иногла—къ нравственному и умственному вмѣстѣ».

И такъ, пора позаботиться объ умственномъ развитіи народа, но еще болѣе—объ его нравственной природѣ. Необходимо проникнуться живымъ сознаніемъ, что нравственный міръ человѣка требуетъ даже болѣе совершеннаго развитія, чѣмъ сторона его физическая. Только

---

[1]) Кашкаровъ. Op. cit.

[2]) Maudsley. Отвѣтственность при душевныхъ болѣзняхъ. Рус. пер. С.-Петерб. 1875.

правильнымъ воспитаніемъ можно образовать характеръ, въ которомъ мысли, чувства и поступки человѣка управляются здоровой волею, и для современнаго общества это составляетъ почетнѣйшую задачу, къ разрѣшенію которой должны стремиться всѣ въ твердой надеждѣ, что со временемъ, какъ говоритъ Maudsley, «*наступитъ день, хотя теперь глухая и темная ночь*».

3.

Три случая острыхъ психозовъ съ симптомами delirii acuti.

И. К. Хмѣлевскаго.

За послѣднія два десятилѣтія форма психическаго разстройства, описывавшаяся прежними врачами подъ именемъ остраго бреда, почти перестала обращать на себя вниманіе изслѣдователей и, казалось, была осуждена на забвеніе. Большинство психіатровъ приняло ученіе *Schüle*, который считаетъ *delirium acutum* не за душевную болѣзнь *sui generis*, а лишь за особый *modus* симптомовъ, состояніе остраго раздраженія мозга, случайное осложненіе различныхъ физическихъ и соматическихъ заболѣваній. Въ учебникахъ психіатріи острый бредъ относили, то къ группамъ маній, то къ группѣ аменцій. Лишь немногіе, какъ *Krafft-Ebing* или профессоръ Корсаковъ описываетъ его какъ самостоятельную форму болѣзни съ опредѣленной клинической и патолого-анатомической картиной. Работы *Briand'a* [1]) и *Rezzonico* [2]), находившихъ въ крови больныхъ острымъ бредомъ особаго вида микроорганизмы и указывавшихъ на возможность инфекціоннаго происхожденія этой болѣзни, не нашли себѣ отголоска. Лишь въ 1893 году *Bianchi i Piccinino* [3]) опубликовали результаты изслѣдованія крови въ двухъ случаяхъ остраго бреда и подробно описали морфологическія и біологическія свойства найденнаго ими микроорганизма, имѣющаго большое сходство съ *bacillus carbunculi* и *bacillus subtilis*. Еще большей обстоятельностью отличается вскорѣ за тѣмъ появившаяся работа *Rasori* [4]). Эксперименты на кроликахъ (введеніе чистой культуры подъ твердую мозговую оболочку, подъ кожу, въ пораненную слизистую оболочку носа) дали положительные результаты: животныя погибали при повышенной тем-

---

[1]) Du delire aigu, thèse, Paris 1881 г. и Archives de Neurologie 1883 г. t. V.

[2]) Arch. ital. per. le mol. nerv. 1884 г.

[3]) Sull origine infettiva del delirio acuto, Academia medico chirurgica di Napoli 1893.

[4]) Centralblatt für Bacteriologie. 1893. B. XIV № 16.

пературѣ спустя 2—5 дней послѣ зараженія; на вскрытіи наблюдались гиперэміи спинного и головного мозга и ихъ оболочекъ; подъ мягкой мозговой оболочкой кое-гдѣ находимы были гэморрагіи. Въ 1894 году докторъ *Potts* изъ Филадельфіи [1]) въ одномъ случаѣ остраго бреда у больного, перенесшаго незадолго передъ тѣмъ карбункулъ, обнаружилъ въ *liquor cerebro—spinalis* присутствіе пневмококка *Fraenkel-Wechselbaum'а,* а также гноероднаго золотистаго и бѣлаго гроздекокка; отсутствіе грубыхъ микроскопическихъ измѣненій въ мозгу *Potts* объясняетъ сильной токсэміей. Если бы паціентъ прожилъ дольше, то, вѣроятно, развился-бы гнойный менингитъ. Въ томъ-же году *Bianchi и Piccinino* [2]), продолжая свои изслѣдованія въ вышеуказанномъ направленіи, приводятъ подробно исторію одного больного, относящуюся къ той-же категоріи. Изъ крови, взятой на десятый день заболѣванія, равно какъ и изъ субъ-арахноидальной жидкости, взятой со всѣми предосторожностями послѣ смерти больного, удалось получить чистыя культуры микроорганизма, описаннаго итальянскими авторами въ 1893 г.; кромѣ того, они приводятъ рядъ случаевъ, гдѣ въ крови больныхъ найдены были разнообразныя формы кокковъ (въ особенности гноеродный цѣпочечный коккъ и золотистый гроздекоккъ). На основаніи этихъ наблюденій *Bianchi* и *Piccinino* выдѣляютъ въ особую форму, отличную отъ другихъ формъ остраго бреда, *delirium acutum bacillare,* точный діагнозъ которой, по ихъ мнѣнію, можно поставить лишь путемъ бактеріологическаго изслѣдованія. Всѣ эти работы открываютъ передъ нами новые горизонты, указывая на возможность возникновенія остраго бреда не только путемъ самоотравленія лейкопаинами, но и путемъ инфекціи, зараженія извнѣ—какимъ-то организованнымъ ядомъ. Русская медицинская литература не богата изслѣдованіями по занимающему насъ вопросу. Кромѣ статьи д-ра *Эрлицкаго* [3]) строго говоря, не относящейся сюда, и профессора *Ковалевскаго* [4]) мы можемъ указать на работы д-ра *Грейденберга* [5]) и *Суханова* [6]). Д-ру Грейденбергу принадлежитъ заслуга вновь выдвинуть вопросъ объ остромъ бредѣ на V-мъ Пироговскомъ съѣздѣ; какъ выяснилось изъ преній по поводу его доклада, вопросъ о delirium acutum отнюдь нельзя считать поконченнымъ; довольно богатая иностранная литература по этому предмету содержитъ слишкомъ много противорѣчивыхъ данныхъ; ее слѣдовало-бы пересмотрѣть и освѣтить съ современной точки зрѣнія. Тогда какъ д-ръ Грейденбергъ и про-

[1]) The journal of nervous and mental disease 1894 May P. 338.

[2]) Annali di neurologia an XII Napoli 94.

[3]) Вѣст. Психіатріи т. I вып. I.

[4]) Медицина 1889 г.

[5]) Труды V Пироговскаго съѣзда и Вѣст. Психіатріи 1895 г. Вып. I.

[6]) Архивъ Психіатріи 1894 г. Т. XXIV. В. 2.

фессоръ Сербскій предлагаютъ совершенно исключить острый бредъ изъ классификаціи психозовъ, другіе психіатры, участвовавшіе въ преніяхъ (проф. Бехтеровъ, проф. Корсаковъ, д-ръ Баженовъ и Розенель) не находили пока для этого достаточныхъ данныхъ. Д-ръ *Сухановъ*, описавшій три случая идіопатическаго остраго бреда, признаетъ клиническую самостоятельность этой формы, при чемъ этіологическіе моменты, по его мнѣнію, могутъ быть весьма разнообразны. Въ виду разногласія, существующаго по этому поводу въ литературѣ и новаго поворота, въ который вступаетъ ученіе объ остромъ бредѣ благодаря изслѣдованіямъ итальянскихъ авторовъ, мы и рѣшаемся привести наши наблюденія, думая, что не смотря на свою неполноту, они не лишены извѣстнаго интереса.

I. М. Б. 30 лѣтъ, дѣвица, горничная; относительно наслѣдственности данныя отсутствуютъ. По словамъ знавшихъ ее лицъ раньше никакихъ нервныхъ и психическихъ разстройствъ не обнаруживала, спиртныхъ напитковъ не употребляла, характера была нервнаго, вспыльчиваго. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ собиралась выходить замужъ, но бракъ этотъ разстроился; М. Б. стала грустной и раздражительной; 14 мая жаловалась на головную боль, казалась очень разстроенной, на лицѣ было выраженіе тоски; 15 мая внезапный приступъ сильнаго возбужденія, крики, плачъ, безсвязный бредъ и стремленіе къ движенію; 16 мая 1893 г. утромъ доставлена въ психіатрическое отдѣленіе Одесской Городской больницы въ состояніи сильнѣйшаго маніакальнаго возбужденія. Больная средняго роста, довольно слабаго сложенія, худощавая. Лицо красное, глаза блестятъ, зрачки немного расширены, пульсъ учащенъ; больная безпрерывно говоритъ и кричитъ, зоветъ своего жениха и другихъ отсутствующихъ лицъ, ломаетъ руки, испускаетъ крики отчаянія; въ рѣчахъ трудно уловить связь, повидимому она кого-то обвиняетъ, въ чемъ-то оправдывается. Изслѣдованію оказываетъ сильное сопротивленіе. Больная изолирована. Остальное время дня и всю ночь такое-же возбужденное состояніе, неумолкаемая рѣчь, по временамъ плачъ и крики; по жестамъ и движеніямъ больной можно предположить существованіе галлюцинацій; упорный отказъ отъ пищи. На слѣдующій день часамъ къ 10 утра успокоилась, сознаніе прояснилось; во время посѣщенія врача могла правильно отвѣчать на вопросы; говоритъ не охотно, слабымъ голосомъ; называетъ свою фамилію и мѣсто жительства, разсказываетъ, что служила въ качествѣ горничной, что прежде была здорова, дня четыре тому назадъ почувствовала себя утомленной, мысли ея какъ-бы помутились; что было затѣмъ помнитъ неясно; теперь чувствуетъ сильную усталость, пустоту и тяжесть въ головѣ; лицо больной дѣйствительно имѣетъ видъ усталый, нѣсколько отупѣвшій; пульсъ 90 мягкій, t. 37.8, сухожильные рефлексы сильно повышены,

руки дрожатъ, кожная чувствительность особыхъ отклоненій отъ нормы не представляетъ; изслѣдованіе внутреннихъ органовъ даетъ отрицательные результаты. Больной назначены продолжительныя тепловатыя ванны и бромистый натрій. Свѣтлый промежутокъ продолжался часовъ 6, затѣмъ больная пришла опять въ возбужденное состояніе, раздѣлась до-нага, стала пѣть, галлюцинировать; воспріятіе окружающаго повидимому отсутствуетъ. Ночью возбужденіе немного улеглось, и больная нѣсколько часовъ провела спокойно.

Утромъ 18 мая возбужденіе возобновилось; скоро это возбужденіе и общее безспокойство дошло до крайней степени; больная мечется во всѣ стороны, испускаетъ раздирающіе крики, бьется головой объ стѣну, вырываетъ себѣ клочьями волосы, катается по полу. Впрыскиванія морфія ($^1/_4$ грана) почти не успокоили больную, только движенія сдѣлались менѣе сильными. Въ виду невозможности все время удерживать больную силой, ей предоставлена была свобода послѣ того, какъ полъ изолятора былъ выстланъ матрацами. Ночью Б. успокоилась и немного уснула; 19 мая утромъ безпокойство, безсвязный бредъ, полная спутанность сознанія, t^0 38,4, пульсъ 100, очень слабый; днемъ возбужденіе еще усилилось, больная ослабѣла настолько, что съ трудомъ держится на ногахъ. Упорное сопротивленіе принятію пищи; послѣ ванны въ 28°R, продолжавшейся 40 минутъ, стала немного спокойнѣе. Ночью не спала, но была спокойна; 20 мая больная крайне слаба, t^0 38,9, пульсъ 110 слабый мягкій, селезенка не увеличена, состояніе полнаго упадка силъ лицо страшно осунулось, глаза запали и потускнѣли, foetor ex ore, губы и языкъ покрыты засохшими корками, руки дрожатъ, реакція на болевыя раздраженія кожи сильно понижена; сухожильные рефлексы значительно повышены, механическая возбудимость мышцъ тоже. Больная мочится и испражняется подъ себя, движенія ея принимаютъ характеръ раздраженія подкорковыхъ центровъ: скрежетаніе зубами, гримасы, судорожное перебираніе руками. Введенію пищи и питья по прежнему сопротивляется, сжимаетъ зубы и плюется; повидимому существуетъ судорога глотательнаго аппарата; въ выпущенной катетеромъ мочѣ найдено немного бѣлка. Вечеромъ t^0 39.1, ночью состояніе больной безъ измѣненій; 21 мая состояніе спячки (sopor), t^0 39,2, пульсъ 80, еле ощутимый, кожа суха, дрябла, мѣстами на ягодицахъ, лопаткахъ, локтевыхъ сгибахъ принимаетъ багровый цвѣтъ, кожные и сухожильные рефлексы еще существуютъ, рефлексъ съ роговицы отсутствуетъ, зрачки сужены, t^0 39,5. Вечеромъ наблюдалось расширеніе лѣваго зрачка, strabismus divergens. Ночью приступъ общихъ судорогъ, продолжавшихся около четверти часа; 22 мая состояніе глубокой спячки (coma); смерть въ 2 часа дня.

Вскрытіе произведенное 23 мая д-ромъ Хенцинскимъ, дало слѣдующіе результаты: трупъ исхудалый, на бедрахъ и голеняхъ имѣются небольшіе кровоподтеки. На наружной сторонѣ голеней и на колѣняхъ ссадины, покрытыя сухими струпьями. Кости черепа тонки, *diploë* мѣстами отсутствуетъ; крышка черепа снимается безъ затрудненія; внутренняя ея поверхность шереховата. Твердая мозговая оболочка напряжена; *въ sinus falciformis superior* довольно плотный кровяной сгустокъ. **Dura** легко отдѣляется, на внутренней поверхности покрыта рыхлыми сгустками крови; **pia** *на выпуклой поверхности мозга въ состояніи сильной гиперемiи; въ области передней восходящей извилины и на теменной долѣ усѣяна мелкими кроподтеками; вены сильно налиты. Въ правомъ полушаріи въ верхней части задней восходящей извилины имѣется кровоподтекъ, величиною въ горошину; на нижнемъ концѣ лѣвыхъ восходящихъ извилинъ* **pia** *пропитана кровью на пространствѣ въ мѣдный пятакъ.* Боковые желудочки растянуты серозной жидкостью. Вещество мозга тѣстовато умѣренно налито кровью. *Сѣрое вещество коры гиперемировано, на лѣвомъ полушаріи соотвѣтственно задней части лобной доли и передней теменной, корковый слой имѣетъ темно-красный цвѣтъ и усѣянъ большимъ количествомъ точечныхъ кровоподтековъ. Вся эта часть мозга находится въ состояніи краснаго размягченія, особенно рѣзко выраженнаго соотвѣтственно нижней части обѣихъ восходящихъ извилинъ. Въ задней части лѣвой теменной доли имѣется гнѣздо кровоизліянія величиной въ грецкій орѣхъ. Въ задней части теменной доли и въ затылочной долѣ праваго полушарія корковый слой сильно гиперемированъ и тоже усѣянъ кровоподтеками. Сѣрое вещество нервныхъ узловъ гиперэмировано.* Вены *plexus choroidei* содержатъ красный густой свертокъ; мозжечекъ отеченъ. Сѣрое вещество его гиперемировано; продолговатый мозгъ и дно 4-го желудочка безъ видимыхъ измѣненій. Сосуды на основаніи мозга не измѣнены. Лѣвое легкос въ боковыхъ частяхъ приращено ложными оболочками, пропитанными кровью, ткань легкаго малокровна, задній край немного гиперэмированъ. Правое легкое свободно, малокровно, энфизематозно.

Въ околосердечной сумкѣ около стакана сывороточной жидкости; сердце малое, мышца его блѣдна, клапаны безъ измѣненій; *intima* аорты тускла, на основаніи аорты имѣются известковыя бляшки.

Печень неувеличена, поверхность ея гладка, ткань красно бураго цвѣта, дольки различаются. Въ правой долѣ имѣется каверно-ангіома, величиной въ малый орѣхъ.

Почки малы, *гиперэмированы,* капсула легко снимается. *Селезенка мала, малокровна. Слизистая—желудка* слегка набухшая, блѣдная, по складкамъ *мѣстами усѣяна кровоподтеками*; *слизистая оболочка тонкихъ кишекъ, сильно набухшая, мѣстами гиперэмирована.* Въ толстыхъ кишкахъ

мѣстами слизистая оболочка представляетъ незначительныя измѣненія и кровоподтеки.

Яичники и фаллопіевы трубы сильно расширены, лѣвая труба яичника срощена съ дномъ матки. *Слизистая оболочка трубъ набухшая, гиперемированная.* Мочевой пузырь содержитъ немного мутной мочи; слизистая оболочка его мутна, вены налиты кровью; *въ полости влагалища немного красноватой жидкости;* матка въ состояніи ретрофлексіи. *Слизистая оболочка шейки матки гиперэмирована, слизистая полость матки усѣяна точечными кровоизліяніями.*

По клинической картинѣ болѣзни описанный случай, протекавшій крайне остро,—отъ перваго приступа болѣзни 15 мая до смерти прошло лишь 7 дней—долженъ бытъ отнесенъ къ острому бреду, къ разновидности его, описываемой подъ именемъ *delirii acuti maniacalis;* здѣсь на лицо всѣ признаки, описанные большею частью еще *Brière de Boismont'*-омъ и такъ удачно сгруппированные *Schüle* [1]); внезапное начало, быстрое развитіе болѣзни, глубокое нарушеніе психическихъ дѣятельностей, сильное раздраженіе двигательныхъ областей коры симптомы, указывающіе на раздраженіе подкорковыхъ центровъ (гримасы, скрежетаніе зубами, автоматическія толкательныя движенія), характерныя послабленія (при чемъ первое изъ нихъ сопровождалось почти полнымъ проясненіемъ сознанія), отказъ отъ пищи, обусловливавшійся по крайней мѣрѣ отчасти поразительнымъ повышеніемъ отраженныхъ движеній и судорогой глотательнаго аппарата, упадокъ пульса, повышенная температура, быстрое разстройство растительныхъ отправленій. Не было ни тугоподвижности затылка, ни рѣзкой гиперестезіи кожи, ни рвоты, которыя могли-бы указывать на пораженіе мозговыхъ оболочекъ. Поразительно также, что, не смотря на значительное разрушеніе въ двигательныхъ областяхъ мозговой коры, не было парезовъ и другихъ очаговыхъ симптомовъ. Больная спиртныхъ напитковъ не употребляла, на травму указаній не имѣется, вопросъ о *lues* остался не выясненнымъ. По отсутствію болѣе или менѣе рѣзко выраженной предшествующей душевной или соматической болѣзни мы должны признать здѣсь *delirium acutum idiopathicum,* или, имѣя въ виду паталого-анатомическія измѣненія въ мозгу, идіопатическій *encephalo—meningitidem haemorrhagicam acutam.* Микроскопическая картина мозга на вскрытіи очень напоминаетъ послѣдній случай *Bianchi* и *Piccinino* [2]), гдѣ тоже былъ найденъ рѣзко выраженный гэморрагическій менинго-энцефалитъ; но въ случаѣ итальянскихъ авторовъ найдено было значительное увеличеніе селезенки и застои крови въ легкихъ, тогда какъ у нашей больной измѣненія въ другихъ органахъ сводятся къ набуханію, гипе-

---

[1]) Allg. Zeitsch. f. Psych. B. XXIV.

[2]) Annali di Neurologia. Napoli 1894.

рэміи и небольщимъ кровоподтекамъ слизистой желудка, кишекъ, фаллопіевыхъ трубъ и полости матки. Не смотря на отсутствіе бактеріологическаго изслѣдованія, на основаніи клинической картины болѣзни и отсутствія другихъ обычныхъ этіологическихъ моментовъ—травмы, солнечнаго удара, алкоголизма, приходится предположить, что мы имѣли дѣло съ первичнымъ гэморрагическимъ энцефалитомъ *инфекціоннаго происхожденія.* Уже *Schüle*, отрицавшій за острымъ бредомъ право на званіе самостоятельной болѣзни, указывалъ, что большая часть случаевъ delirii acuti maniacalis относится къ группѣ менинго-энцефалитовъ; правда, у нашей больной пораженіе мозга выражено болѣе рѣзко, чѣмъ въ большинствѣ описанныхъ случаевъ, гдѣ измѣненія большею частью ограничивались гиперэміями мозговыхъ оболочекъ и вещества мозга и небольшими фокусами размягченія. Этіологическимъ моментомъ для маніакальной формы остраго бреда *Schüle* считалъ главнымъ образомъ солнечный жаръ и сильныя душевныя потрясенія, тогда какъ для меланхолической формы, которую онъ приравнивалъ къ тифознымъ процессамъ, онъ этимъ самимъ допускалъ возможность инфекціоннаго происхожденія. Въ дѣйствительности душевныя волненія сами по себѣ едва-ли въ состояніи вызвать подобныя явленія и скорѣе играютъ роль вспомогательныхъ дѣятелей, подобно простудѣ при воспаленіи легкихъ и т. п. За инфекціонное происхожденіе маніакальныхъ формъ остраго бреда, подобныхъ описанной нами, говоритъ и клиническая картина болѣзни: быстрое начало, повышенія температуры неправильнаго типа, адинамическій характеръ страданія и злокачественное теченіе. Правда, разстройства сознанія, спутанность, бурный маніакальный бредъ съ устрашающими галлюцинаціами, отказъ отъ пищи, а также нѣкоторый упадокъ растительныхъ функцій, и повышенія температуры (непродолжительныя и не достигающія высокихъ цифръ) наблюдаются и при острой аменціи; но причислять всѣ случаи остраго бреда къ аменціи, какъ это дѣлаетъ *Meynert* и за нимъ почти всѣ современные нѣмецкіе авторы, или выдѣлять новый видъ *amentiae acutissimae* (проф. Ковалевскій), аменціи *кахектической, тифоидной, менингитической* (confusion mentale à forme typhoide, cachectique, meningitique), какъ это дѣлаетъ *Séglas*[1]) и *Chaslin*[2]), значитъ расширять безъ нужды и безъ того довольно широкія и дѣлающіяся все неопредѣленнѣе рамки страданія, не способствуя этимъ нисколько уясненію характера и сущности даннаго явленія. Аменція, какъ и меланхолія, можетъ сама по себѣ повести къ смерти, но это возможно лишь у человѣка очень стараго, истощеннаго какой-нибудь изнуряющей хронической болѣзнью, страдающаго артеріо-склерозомъ, или,

[1]) Archives génerales de médecine 1894. Pag. 672.
[2]) La confusion mentale primitive. Paris 1895 r.

наконецъ, при плохомъ уходѣ, напр. когда больной отказывается отъ пищи, и для кормленія его не принимаются надлежащія мѣры; но чтобы здоровый, хорошо упитанный субъектъ, не представлявшій раньше никакихъ соматическихъ и психическихъ разстройствъ и безъ участія какого-нибудь случайнаго заболѣванія (пневмоніи, рожи, флегмоны и т. п.) погибъ отъ острой аменціи въ какіе-нибудь 5—7 дней—это едва-ли допустимо. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ ссылаются на отрицательный результатъ вскрытія. Но во 1) вскрытія далеко не всегда дѣлаются своевременно; въ нѣкоторыхъ описанныхъ случаяхъ вскрытія производились такъ поздно, что, вслѣдствіе разложенія, болѣе тонкія измѣненія могли изгладиться; во 2) въ такихъ случаяхъ все-таки обыкновенно находятъ гиперэміи, отеки, небольшія кровоизліянія въ мозгу, которые можно толковать въ ту и другую сторону, и въ 3) при очень сильной инфекціи больной можетъ погибнуть въ первомъ періодъ болѣзни раньше, чѣмъ разовьются болѣе или менѣе значительныя анатомическія измѣненія въ центральной нервной системѣ. За инфекціонное происхожденіе нѣкоторыхъ случаевъ маніакальной формы остраго бреда говоритъ и нахожденіе восковиднаго перерожденія мышцъ скелета, найденное впервые *Fürstner*'омъ [1]) и впослѣдствіи подтвержденное *Buchholtz*'омъ [2]), нахожденіе бѣлка въ мочѣ, констатированное *Buchlolz*'омъ (l. c.) и *Köppen*'омъ [3]), наклонность къ гэморрагіямъ. Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ инфекціонной причиной, дѣйствующей преимущественно на головной мозгъ; цитированныя въ началѣ нашей статьи работы *Rasori, Bianchi* и *Piccinino*, наблюденія *Potts*'a подтверждаютъ этотъ взглядъ. Имѣемъ-ли мы дѣло всегда съ однимъ и тѣмъ-же болѣзнетворнымъ микроорганизмомъ, это представляетъ еще вопросъ, и, разсуждая по аналогіи, кажется намъ маловѣроятнымъ; бактеріологическія находки цитированныхъ выше авторовъ не согласны между собою; при гнойномъ менингитѣ, какъ извѣстно, находили не только ланцетовидный диплококкъ *Fraenkel*'я—самый частый возбудитель эпидемическаго менингита, но также гноеродный цѣпочечный коккъ, гноеродный гроздекоккъ, diplobacillus pneumoniae *Friedlaender*'a, bacterium coli commune. Очень возможно, что и при остромъ бредѣ инфекціоннаго происхожденія мы имѣемъ дѣло съ различными возбудителями воспаленія, можетъ быть даже съ тѣми-же, что и при эпидемическомъ менингитѣ; пути проникновенія заразнаго начала здѣсь столь-же трудно установить съ точностью. При idioпатической формѣ остраго бреда на вскрытіяхъ мозгъ представляетъ самыя разнообразныя картины, начиная съ почти полнаго

---

[1]) Archiv für Psych. B. XI Heft 1. 1880.

[2]) Arch. für Psych. 1889. B. XX Heft 3.

[3]) Arch. für Psych. 1889. B. XX Heft. 3.

отсутствія какихъ-бы то ни было микроскопическихъ измѣненій до различныхъ стадій гипереміи, отечности и воспаленія мозговой коры и мозговыхъ оболочекъ и кончая такими обширными воспалительными и гэморрагическими очагами, какіе наблюдались въ нашемъ случаѣ. Микроскопическое изслѣдованіе центральной нервной системы, предпринятое впервые *Iehn*'омъ, затѣмъ *Fürstner*'омъ, *Buchholz*'омъ. *Briand*'омъ и друг., открыло разнообразныя измѣненія сосудовъ и нервныхъ элементовъ воспалительнаго и дегенеративнаго характера, встрѣчающіяся и при многихъ другихъ органическихъ заболѣваніяхъ мозга. То-же разнообразіе анатомическихъ измѣненій и даже отсутствіе всякихъ рѣзкихъ измѣненій мы встрѣчаемъ и при остромъ менингитѣ. «Мы» говоритъ *Strümpell*, «конечно, какъ и многіе другіе опытные наблюдатели, неоднократно наблюдали такіе случаи, которые при жизни представляли картину первичнаго остраго церебральнаго заболѣванія, развившагося безъ всякой видимой причины, такъ что мы считали себя вправѣ ставить діагнозъ менингита, а между тѣмъ на вскрытіи, помимо гипереміи, отечнаго припуханія и другихъ второстепенныхъ явленій, въ головномъ мозгу рѣшительно не было находимо никакихъ анатомическихъ измѣненій. Въ настоящее время мы еще совершенно не можемъ высказаться о значеніи этихъ случаевъ.» [1]) Замѣчательно, что острый гэморрагическій энцефалитъ часто даетъ лишь очаговые симптомы, сопровождающіеся тихимъ бредомъ съ послѣдующимъ сопорознымъ и коматознымъ состояніемъ, какъ въ случаяхъ *Strümpell*'я [2]), *Leichtenstern*'а [3]), *Oppenheim*'а [4]), *Bedecker*'а [5]), *Freyhan*'а [6]) и др., или протекаетъ подъ видомъ гнойнаго менингита, какъ въ случаѣ *Jaksch*'а [7]), или наконецъ сопровождается рѣзкими явленіями delirii acuti maniacalis, при чемъ очаговые симптомы, не смотря на обширныя разрушенія въ двигательныхъ областяхъ коры, или вовсе не появляются, или наблюдаются въ самомъ концѣ болѣзни. Такіе энцефалиты описывались главнымъ образомъ психіатрами. *Strümpell* [8]) допускаетъ самостоятельность первичнаго остраго гэморрагическаго энцефалита взрослыхъ, который онъ считаетъ аналогичнымъ съ первичнымъ острымъ инфекціоннымъ энцефалитомъ у дѣтей. На той-же точкѣ зрѣ-

---

[1]) Учебникъ част. патол. Т. III русск. перев. Орѣчкина 1895 г. стр. 341.

[2]) Ueber primäre Acutae encephalitis. Deutsche Archiv für klinische Medicine XLVII 1890. 1, 2.

[3]) Deutsche Med. Wochenschrift 1892 № 2.

[4]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilcunde, Band. VI, H. 5, 6.

[5]) Ueber einem Fall fon Encephalitis hemoragica acuta alkoholica (реф. Neurologisches Centralblatt 1895. № 4 Seite 189.

[6]) Deutsche Med. Wochenschrift 1895. № 39.

[7]) Prager Med. Wochenschrift 1895. № 40.

[8]) Deutsche Arch. für Klin. Medicin. 1890. 1, 2.

нія стоятъ *Leichtenstern (l. c.)* и *Füvbringer* [1]). Тогда какъ предыдущіе авторы считаютъ первичный острый гэморрагическій энцефалитъ болѣзнью почти всегда смертельною, *Oppenheim* [2]) настаиваетъ на излѣчимости его, описывая рядъ «доброкачественныхъ» случаевъ, окончившихся выздоровленіемъ. Вообще въ нервной патологіи вопросъ объ идіопатическомъ остромъ энцефалитѣ и до сихъ поръ также мало выясненъ и столь-же запутанъ, какъ и вопросъ объ остромъ бредѣ въ психіатріи; въ пониманіи обоихъ явленій мы недалеко ушли отъ взглядовъ *Abercrombie* и *Calmeil*'а [3]), который считалъ *delirium acutum* психіатровъ особенной злокачественной формой менинго-энцефалита (*meningo-éncéphalite diffuse aigu a forme insidieuse)*, чѣмъ и объяснялъ отсутствіе рѣзкихъ посмертныхъ анатомическихъ измѣненій въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Какъ мы видѣли, нѣкоторыя новѣйшія изслѣдованія подтверждаютъ этотъ взглядъ; по всей вѣроятности различные болѣзнетворные микроорганизмы, бацилы *Bianchi* и *Piccinino*, стрептококки, диплококки,, бацилы гриппа и др. могутъ, поступая въ организмъ, вызвать первичное пораженіе мозга и убить въ короткое время больного, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій, до ясныхъ признаковъ менингита и энцефалита; въ другихъ случаяхъ чрезвычайно быстрое теченіе болѣзни не даетъ имъ времени вполнѣ развиться. Прижизненные симптомы могутъ быть различны въ зависимости отъ локализаціи анатомическихъ измѣненій въ тѣхъ или другихъ частяхъ мозга, индивидуальныхъ особенностей больного (состояніе вырожденія, хроническій алкоголизмъ врожденная узость foraminum jugularium etc.,) и неодинаковой специфической ядовитости производящихъ болѣзнь бактерій. Такъ напр. мы знаемъ, что токсины возбудителя крупозной пневмоніи—диплококка Френкеля—отличаются особенной ядовитостью для нервной системы; бредъ при крупозной пневмоніи отличается значительной напряженностью; симптомы остраго бреда при этой болѣзни наблюдались особенно часто, какъ на это указывалъ еще *Grisolle* [4]); на частоту мозговыхъ припадковъ, особенно при пораженіи легочныхъ верхушекъ, указывали и другіе авторы; въ этомъ отношеніи очень любопытенъ недавно опубликованный случай д-ра *Бушуева* [5]); въ этомъ случаѣ буйный бредъ развился за нѣсколько дней до обнаруженія крупозной пневмоніи при нормальной температурѣ и неучащенномъ пульсѣ. Кромѣ того у лицъ наслѣдственно предрас-

---

[1]) Deutsche Med. Wochenschrift 1892. № 3.

[2]) Deutsche Zeitsch. für Nervenheilkunde B. VI. Heft 5, 6.

[3]) Traité des maladies inflammatoires du cerveau T. I.

[4]) Du delire dans la pneumonie, Union Medicale, 1848. 20 Juin.

[5]) Врачъ 1894 г. № 34—35.

положенныхъ, у дегенерантовъ, мозговыя клѣточки отличаются большей возбудимостью къ дѣйствію токсиновъ; бредъ у такихъ лицъ появляется отъ самой ничтожной причины, нужно помнить, что симптомы остраго бреда наблюдались преимущественно у такихъ лицъ; тогда какъ у здоровыхъ, нормальныхъ людей, заболѣвшихъ инфекціоннымъ менинго-энцефалитомъ, бредъ явится лишь при значительномъ развитіи болѣзни и не достигнетъ до крайнихъ предѣловъ, а главные симптомы будутъ обусловливаться локализаціей пораженія въ мозгу, у дегенерантовъ разстройства сознанія, буйный бредъ, галлюцинаціи, судорги обнаружатся задолго до наступленія рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій.

Условія, затрудняющія кровообращеніе въ мозгу (узость яремныхъ отверстій, констатированныхъ въ трехъ случаяхъ *Hertz*'омъ, артеріосклерозъ, врожденная хрупкость сосудистыхъ стѣнокъ и т. п,) могутъ вліять какъ на быстроту развитія анатомическихъ измѣненій (появленіе гиперэміи, фокусовъ размягченія, кровоизліяній и проч.), такъ и на возникновеніе тѣхъ или другихъ клиническихъ симптомовъ.

II. Ю. М., крестьянка, 30 лѣтъ, поступила въ психіатрическое отдѣленіе 30 августа 1895 года. По словамъ близкаго знакомаго, М. обнаружила признаки душевной болѣзни впервые недѣли полторы тому назадъ, сдѣлавъ попытку отравиться нашатырнымъ спиртомъ, вслѣдствіе чего была помѣщена въ городскую больницу, въ которой и пробыла дня 2 или 3. По выпискѣ оттуда нѣсколько разъ приходила въ возбужденное состояніе, сопровождавшееся помраченіемъ сознанія, чуть не убила своего ребенка и вообще проявляла буйство. Сестра больной страдала душевной болѣзнью; спиртныхъ напитковъ М. не употребляла, сифилиса не имѣла; раньше, по словамъ того-же близкаго къ больной человѣка М. психическаго разстройства не проявляла, была вообще слабаго здоровья, отличалась нервностью и раздражительностью; имѣетъ незаконнаго ребенка 4-хъ лѣтъ. Больная при поступленіи была въ полномъ сознаніи, правильно отвѣчала на вопросы; въ палатѣ вела себя спокойно; поужинала съ аппетитомъ, говоря что 3 дня ничего не ѣла. Дѣйствительно больная отъ слабости еле держалась на ногахъ. Ночью не спала. Подъ утро внезапно подъ вліяніемъ галлюцинацій набросилась на свою сосѣдку и стала ее душить съ крикомъ: «Іуда, Іуда!» Переведена въ буйное отдѣленіе, изолирована.

31 августа. Больная очень маленькаго роста, слабаго сложенія, крайне истощенная, съ атрофичной мышечной системой, блѣдными наружными покровами и слизистыми оболочками. Зрачки равномѣрны, узки, на свѣтъ почти не реагируютъ; сухожильные рефлексы повышены. Кожную болевую чувствительность изслѣдовать не удается, такъ какъ больная боится булавочныхъ уколовъ. Пульсъ учащенъ, слабъ, сто уда-

ровъ въ минуту. При разспросахъ больная разсказала о себѣ и своей болѣзни слѣдующее. Она уже восемь лѣтъ живетъ съ однимъ человѣкомъ, имѣетъ, отъ него ребенка 4-хъ лѣтъ, потомъ еще два раза была беременна и вызывала искусственный выкидышъ (послѣднiй разъ совсѣмъ недавно). Наконецъ сожитель ея объявилъ, что хочетъ вскорѣ жениться на другой. Тутъ разсказъ М. становится довольно безсвязнымъ; изъ ея словъ можно предположить, что измѣна сожителя и связанныя съ ней душевныя волненiя послужили окончательнымъ толчкомъ для развитiя болѣзни. М. говоритъ, что она хотѣла лишить себя жизни, такъ какъ сожитель хотѣлъ ея смерти и смерти ея ребенка. Въ разсказѣ больной воспоминанiя пережитыхъ тяжелыхъ событiй переплетаются съ воспоминанiемъ свѣжихъ галлюцинацiй и иллюзiй. На вопросъ почему больную перевели въ буйное отдѣленiе, она отвѣчаетъ: «бунтовала, больше не буду». Ночью она видѣла Iуду, который пришелъ за ней, она стала защищаться; это и былъ ея сожитель. Настроенiе духа угнетенное; большая физическая слабость, температура нормальна. Назначенъ бромистый натрiй по 2,0 два раза въ день и ванны въ 29 R получасовой продолжительности.

1 сент. Вчера до 4-хъ часовъ была спокойна и въ полномъ сознанiи, потомъ спутанность и бредъ мрачнаго характера возобновились. Ночью не спала. Сегодня возбуждена. галлюцинируетъ, бредитъ Iудой, который былъ у нея и придетъ еще; говоритъ, что должна непремѣнно умереть; дѣти ея тоже погибнутъ; температура нормальна, пульсъ въ спокойные моменты немного учащенъ, во время возбужденiя доходитъ до 110 ударовъ.

2 сент. Ночью не спала, разстройство ассоцiацiй, спутанность, галлюцинацiи зрѣнiя. Начались регулы.

4 сент. Всѣ ночи не спитъ; галлюцинацiи и безсвязный бредъ устрашающаго характера; ѣстъ мало и неаккуратно. Крайнее физическое истощенiе.

6 сент. Тоже. Мочится и испражняется въ изоляцiонной комнатѣ, не обращая никакого вниманiя на чистоплотность. Менструацiи, не особенно обильныя, кончились. Слабость съ каждымъ днемъ.

7 сент. Не спитъ. Въ виду отказа отъ всякихъ лѣкарствъ, дано въ пищѣ 2,0 сульфонала. Температура нормальна, пульсъ учащенъ, слабъ.

8 сент. Не смотря на прiемъ сульфонала, не спала, сильно возбуждена, рветъ платье, раздѣвается, бьется объ полъ, вслѣдствiе чего на тѣлѣ много ушибовъ.

9 сент. На лѣвомъ бедрѣ большой кровоподтекъ; въобласти ягодицы за сутки образовался пролежень величиной въ пятакъ. Пульсъ

120, слабый, температура нормальна. Больную три раза слегка прослабило. Ѣла она больше обыкновеннаго. Психическое состоянiе безъ перемѣны. Перевязка пролежня. Подкожное впрыскиванiе extr. opii aquosi 0,03 утромъ и вечеромъ.

10 сент. Послѣ вчерашней дозы опiя спала два часа, затѣмъ безпокойство возобновилось; пульсъ учащенъ, еле ощутимъ; на лѣвой малой губѣ образуется гангренозная язвочка; лѣвая большая губа сильно распухла, отечна. Непроизвольное мочеиспусканiе и испражненiе. Ванны утромъ и вечеромъ; промыванiе крестцовой и ягодичной области смѣсью ароматическаго уксуса со спиртомъ; перевязка язвъ въ ягодичной области; промыванiе наружныхъ половыхъ органовъ растворомъ сулемы, внутрь вино, коньякъ. Вечеромъ температура поднялась до 39,5. Въ 10 часовъ вечера, вслѣдствiе упадка силъ, пришлось сдѣлать подкожное впрыскиванiе камфорнаго масла.

11 сент. Пульсъ еле ощутимый, нитевидный. Пролежень въ теченiе сутокъ быстро распространился и достигъ обширныхъ размѣровъ. Вся ягодичная поверхность съ обѣихъ сторонъ представляется почернѣвшей. Отекъ labiae majoris sinistrae уменьшился, температура 39,3. Частое непроизвольное мочеиспусканiе и испражненiе. Назначены olei camphorae подкожно, вино, коньякъ. Вечеромъ температура 38°. Сознанiе больной на нѣкоторое время немного прояснилось, она произнесла нѣсколько осмысленныхъ фразъ, просила чего-нибудь поѣсть. Ночью пролежни на обѣихъ ягодицахъ увеличились, на разныхъ частяхъ тѣла показались синiя пятна.

12 сент. Скончалаль въ три часа утра.

Къ сожалѣнiю, вскрытiя не было, а потому мы должны ограничиться разборомъ клинической картины болѣзни. Хотя сожитель больной и указывалъ, что помѣшательство обнаружилось лишь за полторы недѣли до поступленiя больной въ больницу, но какъ на основанiи нѣкоторыхъ его уклончивыхъ показанiй, такъ и на основанiи разсказовъ больной во время свѣтлаго промежутка, это кажется намъ мало вѣроятнымъ. М. уже давно имѣла семейныя непрiятности; искусственные выкидыши, на которые она указываетъ, должны были подорвать не только физическое здоровье, но и ея нравственныя силы. Нервная система больной, по всей вѣроятности, была уже давно расшатана. Послѣднiй ударъ—рѣшенiе сожителя оставить ее съ ребенкомъ на произволъ судьбы и жениться на другой—послужили лишь окончательнымъ толчкомъ къ взрыву давно подготовлявшейся болѣзни, результатомъ чего и была попытка отравиться. Начало заболѣванiя, въ которомъ преобладаютъ галлюцинацiи устрашающаго характера, меланхолическiй бредъ и спутанность съ значительными послабленiями и даже съ свѣтлыми

промежутками,—суть симптомы острой аменціи, вполнѣ объяснимой какъ физическимъ, такъ и психическимъ истощеніемъ больной. Бредъ и галлюцинаціи носятъ отпечатокъ событій, поразившихъ ея мозгъ и вызвавшихъ попытку на самоубійство; такъ, ей мерещится сожитель, котораго она видитъ въ образѣ Іуды—предателя, ей ярко представляется неминуемая гибель дѣтей, брошенныхъ на произволъ судьбы и т. д. Упорная безсонница, частота и слабость пульса, наблюдавшаяся со дня поступленія больной и общее истощеніе заставляли опасаться за дурной исходъ болѣзни. Девятаго числа замѣчаются кровоподтеки и быстрое образованіе пролежней въ ягодичной области, а десятаго первое повышеніе температуры; так. обр. повышеніе температуры явилось лишь въ концѣ болѣзни, за два дня до смерти, и было вызвано очевидно быстрымъ образованіемъ пролежней общимъ септическимъ зараженіемъ. При поверхностномъ анализѣ на основаніи бурнаго теченія и смертельнаго исхода этотъ случай тоже можно было-бы отнести къ острому бреду, къ другой формѣ его, описываемой подъ именемъ *delirii acuti melancholici;* здѣсь не было такого сильнаго двигательнаго возбужденія какъ въ первомъ случаѣ, отказъ отъ пищи обусловливался не повышеніемъ рефлексовъ и судоргами глотательнаго аппарата, а бредомъ отравленія; больную можно было заставить проглотить немного молока или съѣсть молочной каши; бредъ, съ меланхолической окраской, носилъ отпечатокъ пережитыхъ въ послѣднее время событій, отличался меньшей безсвязностью; смерть наступила при явленіяхъ гнилокровія; за нѣсколько часовъ до смерти больная пришла въ сознаніе, чего не было-бы, если-бъ мы имѣли дѣло съ органическимъ разлитымъ пораженіемъ мозга. Въ дѣйствительности этотъ случай слѣдуетъ отнести къ острой аменціи, осложненной острымъ пролежнемъ и септицеміей. Вообще нѣкоторые случаи, описанные въ иностранной литературѣ подъ видомъ delirii acuti melancholici, невольно наводятъ на мысль, что это были случаи меланхоліи или аменціи и что смертельный исходъ зависѣлъ отъ такъ называемой внутренняго или скрытаго гнилокровія. Возбудители зараженія легко могли проникнуть со стороны полости рта, носа, женскихъ половыхъ органовъ и, не встрѣчая въ разслабленныхъ тканяхъ и органахъ обычнаго противодѣйствія, привести къ смертельному исходу при явленіяхъ общаго зараженія на которое и указывалъ *Schüle*.

III. В. Г., чешка по происхожденію, 36 лѣтъ, замужняя; доставмена въ психіатрическое отдѣленіе Одесской городской больницы 6-го марта 1894 года; мужъ больной, человѣкъ не пьющій и толковый, о болѣзни своей жены сообщилъ слѣдующее. Отецъ Г. былъ вполнѣ здоровымъ и нормальнымъ человѣкомъ; мать уже во время рожденія больной страдала душевной болѣзнью «тихимъ помѣшательствомъ», которое продолжалось долго и кончилось, повидимому, легкой степенью

слабоумія. У больной два брата и три сестры; изъ нихъ двѣ сестры душевно-больныя, остальные члены семьи въ психическомъ состояніи нормальны. Г. прежде была и физически и психически здорова, никакихъ нервныхъ припадковъ не обнаруживала; характеръ ея ровный. тихій; родила десять человѣкъ дѣтей, изъ которыхъ въ живыхъ осталось шесть. Годъ тому назадъ, на послѣднемъ мѣсяцѣ беременности перенесла тяжелое воспаленіе легкихъ, родила благополучно, но ребенокъ вскорѣ умеръ; послѣ этого физически поправилась и *вплоть до настоящаго заболѣванія не обнаружила никакихъ ненормальностей въ психической сферѣ*; спиртныхъ напитковъ совсѣмъ не употребляла, сифилиса не имѣла. Семья пользовалась относительнымъ достаткомъ, такъ какъ мужъ и старшій сынъ зарабатываютъ на фабрикѣ 55 рублей въ мѣсяцъ. Больная занималась домашнимъ хозяйствомъ, работой себя не переутомляла и питалась хорошо. Никакихъ семейныхъ непріятностей не было; 4 марта больная говѣла; вечеромъ, когда собралось нѣсколько человѣкъ сосѣдей и всѣ стали слушать чтеніе какой-то книги, мужъ больной съ удивленіемъ замѣтилъ, что она плачетъ; на вопросъ мужа о причинѣ Г. отвѣтила, что ей жаль героя разсказа. Мужъ съ трудомъ убѣдилъ Г., что прочитанное выдумка, а не истинное происшествіе. Вскорѣ Г. стала жаловаться на сильную головную боль. Поздно ночью, когда уже всѣ улеглись, она вдругъ схватилась, бросилась въ сосѣднюю квартиру и стала стучать. На вопросъ, что съ ней, она отвѣтила, что сама не знаетъ, что съ ней происходитъ. Затѣмъ начался бредъ, пѣніе, крики, ознобъ и жаръ, продолжавшійся всю ночь. Врачъ, посѣтившій ее на слѣдующій день утромъ (5-то марта), предположилъ тифъ, прописалъ кислое питье и ледъ на голову; къ двумъ часамъ больной сдѣлалось значительно легче, бредъ прошелъ, осталось лишь чувство усталости. Ледъ сняли, больную считали выздоровѣвшей, какъ вдругъ прежнее состояніе вернулось, появился бредъ, безпокойство, лихорадочное состоявіе, а къ 12 часамъ ночи буйство, громкое пѣніе и крики; такое состояніе продолжалось всю ночь. 6 марта, когда больная была доставлена въ психіатрическое отдѣленіе, она, по словамъ надзирательницы, вела себя тихо, обнаруживала проблески сознанія, отвѣчала на вопросы. Скоро послѣ помѣщенія въ психіатрическое отдѣленіе Г. пришла въ возбужденное состояніе: сознаніе помрачено, безпрерывная, безсвязная рѣчь, безпорядочныя движенія. Больная помѣщена въ изоляціонную комнату; вслѣдствіе слабости она не встаетъ съ постели, не даетъ себя кормить, выплевываетъ вводимую ей въ ротъ пищу. Въ такомъ состояніи больная провела остальную часть дня и всю ночь. 7 марта во время утренней визитаціи найдено слѣдующее: больная средняго роста, удовлетворительнаго сложенія, съ слабо развитыми мышцами и подкожнымъ жиромъ; на тѣлѣ въ области колѣн-

ныхъ суставовъ и на голеняхъ слѣды свѣжихъ ушибовъ, припухлости и кровоподтеки. Черепъ не симметриченъ, особенно затылочная часть; съ правой стороны затылочной кости бугристое возвышеніе, съ лѣвой соотвѣтствующая часть уплощена; теменныя кости тоже не совсѣмъ симметричны. По произведеннымъ впослѣдствіи измѣреніямъ оказалось, что размѣры черепа въ общемъ не отступаютъ отъ нормы, только чуть-чуть увеличены. Больная производитъ впечатлѣніе тяжелаго общаго заболѣванія съ пораженіемъ мозга. Сидитъ больная съ трудомъ, держаться своими силами на ногахъ совсѣмъ не можетъ; глубокое помраченіе сознанія; безпрерывная, безсвязная рѣчь, пѣніе; внѣшнихъ впечатлѣній совсѣмъ не воспринимаетъ, судорожно перебираетъ руками и хватается за окружающіе предметы; движенія неловки, атактичны; руки дрожатъ. Лицо блѣдное, съ сѣроватымъ оттѣнкомъ, сильно осунувшееся, глаза блуждающіе, зрачки равномѣрно расширены, на свѣтъ реагируютъ вяло; губы запекшіяся, foetor ex ore: сухожильные рефлексы сильно повышены, механическая возбудимость мышцъ рѣзко выражена, въ особенности на верхнихъ конечностяхъ; мочится подъ себя; t^0 38,3, пульсъ слабый, мягкій, учащенный, число ударовъ трудно опредѣлить. Въ 12 часовъ дня было сдѣлано впрыскиваніе duboisini sulf., послѣ котораго больная заснула и спала 3 часа, затѣмъ она пришла въ прежнее состояніе. Назначено впрыскиваніе подъ кожу *ergotini Bonjani* (2,0 ergotini на 15,0 воды) три раза въ день по одному шприцу, смазываніе шейной части позвоночника tinctura jodi, тепловатыя ванны въ 28^0 R ежедневно и клизма; вечеромъ температуры измѣрить не удалось.

8 марта. Ночью не спала; утромъ до визитаціи прежнее состояніе; упорное сопротивленіе введенію пищи; въ $9^1/_2$ часовъ при помощи зонда введено 2 кружки молока и 2 яйца. Въ 11 часовъ больная была спокойнѣе. Сознаніе яснѣе, нѣкоторыя внѣшнія впечатлѣнія воспринимаются; такъ, на вопросъ, какъ ее зовутъ, начинаетъ разсказывать, какъ ее крестили, какія бываютъ имена и т. д.; на вопросъ, гдѣ она находится, отвѣчаетъ, что находится въ нехорошемъ мѣстѣ и ее мучатъ; такъ какъ больная говоритъ по-чешски, то ее довольно трудно понимать. Послѣ нѣсколькихъ болѣе сознательныхъ отвѣтовъ, безсвязный бредъ снова возобновляется. Пульсъ 90, тверже прежняго, t^0 38,5; переведена въ отдѣленіе для слабыхъ. Въ 12 часовъ неожиданно попросила ѣсть и съѣла цѣлую порцію молочной каши. Послѣ обѣда больная на предложенные вопросы дала нѣсколько сознательныхъ отвѣтовъ, изъ которыхъ видно, что представленіе о времени и мѣстѣ очень спутаны; до самаго вечера больная была относительно спокойна, сознаніе еще не ясно, но безпорядочныхъ, безцѣльныхъ движеній уже не замѣчалось. Часамъ къ 5-ти немного уснула, ночью опять пришла въ возбужденное

состоянiе, такъ что подъ утро пришлось ее уединить. Произведенъ анализъ мочи: моча свѣтлая, прозрачная, сильно кислой реакцiи — содержитъ въ небольшомъ количествѣ бѣлокъ.

9 марта. Больная относительно спокойна, сознанiе затуманено, безсвязный бредъ, содержанiе котораго точнѣе трудно опредѣлить, такъ какъ больная говоритъ только по-чешски; по мимикѣ можно предположить зрительныя галлюцинацiи. Пообѣдала съ аппетитомъ; все время находится на ногахъ. Кожа (особенно на мѣстахъ уколовъ) покрыта кровоподтеками, t⁰ 38⁰. Въ виду безсонницы и возбужденiя въ 8 часовъ впрыснутъ *duboisin*, послѣ котораго послѣдовалъ сонъ, продолжавшiйся 6 часовъ.

10 марта утромъ t⁰ 37,1, вечеромъ 37; психическое и физическое состоянiе безъ измѣненiй. Запоръ. Пульсъ нормальный.

11 марта. Почти всю ночь не спала, днемъ все время на ногахъ; полная спутанность сознанiя, явленiя amentiae, галлюцинацiи; раздраженiе двигательной сферы меньше. Ѣстъ мало. Клизма; эрготиновыя впрыскиванья прекращены; вечеромъ впрыскиванье duboisin'a.

Съ 12 по 16 число физическое состоянiе понемногу улучшалось, t⁰ нормальна, пульсъ 60—70, аппетитъ постепенно улучшается, сознанiе помрачено, но больная почти совершенно успокоилась; наклонность къ запорамъ.

18 марта. Сознанiе значительно прояснилось.

19 марта. Возвращенiе сознанiя; больная отдаетъ себѣ отчетъ объ окружающемъ, разсказываетъ подробно свою жизнь; обстоятельствъ, относящихся ко времени заболѣванiя, не помнитъ; происходившее съ ней въ больницѣ помнитъ не ясно. Настроенiе слегка подавленное, плаксивое, признаки значительнаго утомленiя мозговыхъ отправленiй аппетитъ и сонъ хорошiе.

20—22 марта. Состоянiе физическое удовлетворительно, въ психической сферѣ нѣкоторая слабость, раздражительность, невозможность сдерживать аффекты.

23 марта. При изслѣдованiи кожной чувствительности замѣчается небольшая общая гиперестезiя; сухожильные рефлексы еще повышены, равно какъ и механическая возбудимость мышцъ. Въ психикѣ—признаки усталости, невозможность управлять активнымъ вниманiемъ. Больная выписана на попеченiе мужа.

Начало заболѣванiя въ описываемомъ случаѣ можно было принять за острый бредъ; внезапность приступа психическаго разстройства, глубокое помраченiе сознанiя, ознобъ, повышенiе температуры и состоянiе пульса, которые даже приглашеннаго врача-терапевта ввели въ заблужденiе и заставили предположить тифъ, производили впечатлѣнiе тя-

желаго общаго заболѣванія съ преимущественнымъ пораженіемъ мозга; внѣшній осунувшійся видъ больной, ея запавшія щеки, ввалившіеся глаза, общая слабость, неловкія, атактическія, дрожащія движенія, а также отказъ отъ пищи въ первые два дня пребыванія въ больницѣ, какъ будто подтверждали предположеніе о томъ, что мы имѣемъ дѣло съ *delirium acutum idiopathicum,* а не съ простой острой аменціей. Свѣтлые промежутки (во время которыхъ впрочемъ не было полнаго проясненія сознанія), наблюдавшіеся при поступленіи въ больницу, а также 8-го марта, равно какъ и періоды относительнаго спокойствія описываются какъ при остромъ бредѣ, такъ и при аменціи. Въ виду діагноза остраго бреда и назначены были впрыскиванія эрготина. Однако, не смотря на внезапность приступа душевной болѣзни, бурныя и грозныя явленія въ ея началѣ, теченіе психоза въ дальнѣйшемъ не было особенно тяжелымъ. Отказъ отъ пищи прошелъ на вторыя сутки; температура не доходила до высокихъ цифръ и окончательно упала на четвертый день пребыванія въ больницѣ (на шестыя сутки отъ начала заболѣванія); къ сожалѣнію, вслѣдствіе безпокойнаго состоянія больной, температуру удавалось измѣрять только по одному разу въ день, въ разные часы, такъ что о ходѣ температурной кривой мы не имѣемъ яснаго представленія. Состояніе пульса также быстро улучшилось. Возбужденіе психомоторной сферы, выраженное довольно сильно въ началѣ заболѣванія, не доходило до раздраженія подкорковыхъ центровъ, и также быстро уменьшилось, начиная съ пятаго и шестаго дня заболѣванія. Съ десятаго марта остались лишь психическіе симптомы: спутанность сознанія, безсвязный бредъ, и, по временамъ, вызванные галлюцинаціями и устрашающими бредовыми представленіями приступы возбужденія. Поразительно то, что для возникновенія столь серьезныхъ припадковъ не было никакого внѣшняго повода, никакихъ нравственныхъ потрясеній, злоупотребленій *in Baccho* или другихъ физическихъ истощающихъ условій, ничего, кромѣ тяжелой невропатической наслѣдственности. Предвѣстники болѣзни ограничивались измѣненіемъ настроенія и головной болью, замѣченными только за нѣсколько часовъ до приступа болѣзни. Проясненіе сознанія наступило быстро, въ теченіе сутокъ; правда, до выписки 23-го марта у больной остались явленія быстрой психической утомляемости, слабость активнаго вниманія, но слабоумія не было. Не было также послѣдующихъ трофическихъ разстройствъ, которыя *Iehn* считаетъ характерными для лицъ, выздоравливающихъ отъ остраго бреда. На основаніи всѣхъ вышеизложенныхъ данныхъ мы остановились на предположеніи, что въ нашемъ случаѣ было заболѣваніе гриппомъ (свирѣпствовавшимъ въ то время въ городѣ) съ преимущественнымъ пораженіемъ мозга, и что особенная тяжесть мозговыхъ явленій и послѣдующее состояніе спутанности обусловливались тяжелымъ наслѣд-

ственнымъ предрасположеніемъ и чрезвычайной возбудимостью мозга, отчего и получилась картина остраго бреда.

14 сентября 1894 г. Г. поступила въ больницу вторично; больна уже нѣсколько дней; заболѣла также внезапно какъ и въ первый разъ; болѣзнь началась головной болью и потерей сознанія; со времени выписки изъ больницы до послѣднихъ дней Г. была здорова физически и психически, занималась домашнимъ хозяйствомъ; никакихъ причинъ, могущихъ вызвать рецидивъ болѣзни, родные указать не могутъ. Г. представляется довольно истощенной, наружные покровы и слизистыя оболочки блѣдны; пульсъ 90, довольно слабый, больная производитъ впечатлѣніе ослабѣвшей, съ трудомъ держитея на ногахъ; сознаніе помрачено; она что-то напѣваетъ, при попыткахъ окружающихъ вывести ее изъ сидячаго положенія оказываетъ пассивное сопротивленіе. Сухожильные и костные рефлексы и механическая возбудимость мышцъ повышены; на булавочные уколы реагируетъ слабо; температура нормальна. Внутренніе органы никакихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Назначены ванны, бромистый натрій, изоляція.

15 сент. Ночью не спала, бродитъ по изоляціонной камерѣ, галлюцинируетъ, поетъ. Отъ твердой пищи отказывается, но молоко пьетъ.

16—17 сент. Не спитъ, въ остальномъ тоже.

19 сент. Сознаніе немного прояснилось; узнала врача, даетъ коекакіе отвѣты на вопросы.

20 сент. Все время находится въ сновидномъ состояніи, назначенъ хлоралозъ 0,6, послѣ котораго немного спала.

21 сент. Безъ перемѣны. Назначено 0,6 хлоралоза.

22 сент. Послѣ пріема снотворнаго спала около 7-ми часовъ; сидитъ скорчившись въ уголку камеры; узнаетъ врача и фельдшерицу; выраженіе липа напряженное и сосредоточенное; еще плохо оріентируется въ окружающемъ; мыслительныя функціи совершаются медленно; плаксива. Переведена въ слабое отдѣленіе.

24 сент. Спокойна, ѣстъ и спитъ хорошо. Узнаетъ окружающихъ, вспоминаетъ о мужѣ и дѣтяхъ, очень слаба физически; психическая слабость и утомляемость рѣзко выражены.

27 сент. Плаксивое настроеніе.

29 сент. Нѣсколько ночей безсонница; временами вспыхиваетъ меланхолическій бредъ; боится, что дѣти оставлены безъ присмотра, погибли, мужъ ее бросилъ и т. п.

30 сент. Послѣ свиданія съ мужемъ безпокойство усилилось; бредъ прежняго характера, угнетенное настроеніе духа, плачъ и стоны; сознаніе неясное.

31 сент.—10 окт. Безсонница, сознаніе неясное, довольно безпокойна.

19 окт. Стала послѣдніе дни сравнительно спокойнѣе, спитъ лучше, бреда не высказываетъ, окружающее воспринимаетъ правильно. Всего происходившаго во время болѣзни, равно какъ и содержанія своихъ бредовыхъ концепцій почти не помнитъ.

23 окт. Выписана выздоравливающей.

Дома, по словамъ мужа и сына, Г. была все время здорова. Новый приступъ душевной болѣзни начался, какъ въ предыдущіе разы жалобой на головную боль и внезапнымъ помраченіемъ сознанія, такъ что 8-го ноября 1895 года ее опять пришлось помѣстить въ больницу. Внѣшній видъ больной такой-же, какой она имѣла и раньше при прежнихъ поступленіяхъ, пульсъ и температура нормальны. Сознаніе разстроено. Больная находится въ состояніи неподвижности и ступора, по временамъ обнаруживаетъ тупой страхъ, схватывается, стремится куда-то бѣжать, затѣмъ опять впадаетъ въ неподвижность. Сама не ѣстъ, но даетъ себя кормить. Объективные признаки галлюцинацій. Въ такомъ состояніи больная находилась до 14 ноября, когда сознаніе ея прояснилось; окружающее она воспринимаетъ правильно, на вопросы отвѣчаетъ; говоритъ, что у нея кружилась голова и что не помнитъ происходившаго съ ней. Физически слаба, спокойна.

16 нояб. Ѣстъ и спитъ удовлетворительно, жалуется на головокруженіе; настроеніе равнодушное, по временамъ плаксивое. Жалобы на боли въ разныхъ частяхъ тѣла. При надавливаніи въ области обоихъ яичниковъ боль и рефлекторное движеніе туловища и конечностей. Болевая чувствительность повсюду нормальна.

26 ноября. Сознаніе въ общемъ ясвое: по временамъ является нѣкоторая спутанность, бредъ и галлюцинаціи; тогда больной кажется, что ея дѣтей убиваютъ. Такое состояніе продолжается обыкновенно не долго и не сопровождается сильнымъ возбужденіемъ.

29 ноября. Признаки психической усталости, слабость вниманія; сознаніе все время ясное; физически крѣпче, принимаетъ участіе въ работахъ больныхъ.

5 дек. Выписывается выздоравливающей.

Въ четвертый разъ поступила 27 марта 1896 года почти съ тѣми же явленіями, что и въ третій разъ; находится въ настоящее время на пользованіи въ психіатрическомъ отдѣленіи.

Насъ поражаетъ стереотипность симптомовъ, которыми начинался каждый приступъ душевной болѣзни; головная боль, быстрое помраченіе сознанія съ галлюцинаціями и безсвязнымъ бредомъ, общая слабость, измѣненіе внѣшняго вида больной; нельзя отмѣтить никакихъ

внѣшнихъ причинъ, которыя могли-бы служить толчкомъ для развитія припадковъ болѣзни. Отъ перваго приступа три послѣдующихъ отличались лишь отсутствіемъ повышенія температуры въ началѣ заболѣванія, лучшимъ состояніемъ пульса, нѣсколько меньшей физической слабостью и отсутствіемъ отказа отъ пищи. Послѣдующее теченіе болѣзни дало картину острой аменціи съ послабленіями и ожесточеніями; бредъ носилъ меланхолическую окраску. Больная большею частью находилась въ сновидномъ состояніи и по возвращеніи сознанія воспоминанія о происходившемъ было неясно, туманно. Стереотипность симптомовъ въ началѣ каждаго приступа болѣзни, внезапное начало при отсутствіи всякаго внѣшняго толчка, головная боль, служившая какъ-бы аурой, могли бы заставить заподозрѣть эпилептическій психозъ, если-бы не отсутствіе всякихъ намековъ на судорожные приступы,—petit mal etc. и на позднее (на 36 году) появленіе припадковъ болѣзни. Характеръ больной также не былъ похожъ на характеръ эпилептиковъ. Сторонники взглядовъ *Magnan*'а, вѣроятно, не задумались-бы отнести этотъ случай къ *delirè d' emblée chez les dégênerés;* куда многіе французскіе авторы относятъ самые разнообразные психозы на почвѣ вырожденія, не подходящіе подъ понятіе о хроническомъ бредѣ или типичныхъ первичныхъ психозахъ. Намъ кажется, что описанный случай ближе всего подходитъ къ группѣ періодическихъ психозовъ, описанныхъ *Mendel*'емъ [1]), *Kausch*'омъ [2]), *Рыхлинскимъ* [3]), мы-бы назвали его *періодической галлюцинаторной аменціей.* Отъ случаевъ, описанныхъ выше упомянутыми авторами, онъ отличается почти полнымъ отсутствіемъ воспоминаній о пережитомъ во время болѣзни, вслѣдствіе чего о содержаніи бредовыхъ идей и галлюцинацій мы знаемъ очень мало, лишь на основаніи отрывочныхъ словъ, жестовъ и мимики больной; въ случаяхъ-же *Mendel*'я и *Kausch*'а и особенно въ прекрасно описанномъ случаѣ д-ра *Рыхлинскаго* больные помнили содержаніе бреда и могли возстановить калейдоскопическую картину галлюцинацій. Другая особенность нашего случая та, что каждый приступъ болѣзни сопровождался состояніемъ большой физической слабости. Чѣмъ обусловливалось повышеніе температуры и особенно тяжелое состояніе больной во время перваго приступа болѣзни, имѣли-ли мы тутъ дѣло съ заболѣваніемъ гриппомъ, которое и послужило толчкомъ къ развитію періодическаго психоза, вопросъ этотъ на основаніи имѣющихся данныхъ трудно рѣшить съ положительностью.

---

[1]) Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Zeit. für Psychiatrie 1887.
[2]) Ein Beitrag zur Kentniss der periodischen Paranoia, Archiv für Psychiatrie 1892.
[3]) Неврологическій Вѣст. 1894. Вып. 4.

Въ настоящей краткой статьѣ мы не имѣли въ виду дать ни подробное изложеніе литературы объ остромъ бредѣ, ни критику многочисленныхъ старыхъ и новыхъ теорій происхожденія этого симптомокомплекса, что, надѣемся, составитъ предметъ слѣдующей, болѣе обширной работы. Исчерпывающій перечень литературы до 1881 года читатель найдетъ въ диссертаціи *Briand*'а (Du délire aigu, thèse de Paris 1881.); довольно подробныя литературныя указанія имѣются также въ цитированныхъ выше статьяхъ д-ра *С. А. Суханова* и *Б. С. Грейденберга.*

4.

Случай межцентральной афазіи (алексіи), съ потерей двухъ иностранныхъ языковъ и проч.

Д-ра М. Лапинскаго.

Изъ клиники проф. И. А. Сикорскаго.

Докладъ въ «Обществѣ Кіевскихъ Врачей» съ демонстраціей больной.

Больная потеряла возможность читать по писанному и печатному; писать можетъ, но написанное ею можетъ читать лишь короткое время спустя, пока не забыла содержанія. По отношенію къ цифрамъ это менѣе замѣтно, хотя иногда, чтобы прочесть сложное число, напримѣръ 144, больная должна считать, начиная съ единицы; говоритъ свободно, но иной разъ ей трудно подыскать нужное слово; выговариваетъ точно и отчетливо всѣ слова; при писаніи вставляетъ нѣкоторыя лишнія буквы; иногда не можетъ назвать показываемые предметы. Французскій и нѣмецкій языкъ совершенно забыты — и чтеніе, и письмо, и пониманіе словъ, хотя прежде больная владѣла обоими языками въ совершенствѣ; ноты музыкальныя читаетъ и играетъ свободно.

Слабости теперь въ правой половинѣ тѣла больше не замѣчаетъ, но еще мѣсяцъ тому назадъ таковая была. По временамъ — 1 разъ въ мѣсяцъ больная испытываетъ приступъ странныхъ ощущеній—ползаніе мурашекъ въ правой половинѣ тѣла. Ощущеніе это начинается съ большаго пальца ноги, подымается все выше къ боку, лицу и глазу (при этомъ ощущеніевъ глазу, какъ будто его тянетъ въ сторону)—потомъ это ощущеніе переходитъ въ руку—къ концамъ пальцевъ и тамъ исчезаетъ; во время этого приступа, который тянется приблизительно одну минуту и наступаетъ обыкновенно во время ходьбы больная должна остановиться, чувствуя слабость правой ноги и опасаясь упасть. Головокруженія, потери сознанія, непроизвольнаго моче-

испусканія, прикусыванія языка и т. д. при этомъ не бывало. Больная жалуется, кромѣ того, на сердцебіеніе, одышку по временамъ и опуханіе ногъ.

Анамнезъ. Въ дѣтствѣ перенесла корь, скарлатину, а 2 года тому назадъ сильное малокровіе, которое присоединилось, кажется, къ ревматизму. Во время страданія малокровіемъ, годъ тому назадъ больная имѣла половинное пораженіе тѣла. Началось внезапно ночью во снѣ ощущеніемъ, какъ будто кто-то тянетъ правую руку, причемъ послѣдняя самопроизвольно дѣлала судорожныя движенія. Послѣ этого, утромъ, на другой день, рука и нога перестали повиноваться, а къ вечеру другого дня отняло и рѣчь. Температура послѣ пораженія руки и ноги была повышена. Больная пролежала въ постели одинъ мѣсяцъ, затѣмъ постепенно всѣ явленія исчезли.

Во второй разъ, въ концѣ августа 1895 года, вечеромъ, началась головная боль съ лѣвой стороны въ области виска и темени, появилась слабость правой половины тѣла, а на другой день больная была очень удивлена, не умѣя вспомнить имени отца, имени прислуги, не будучи въ состояніи читать, не умѣя отвѣчать и понимать французскую рѣчь и т. д. Короче, уже утромъ обнаружилось то состояніе, которое составляетъ предметъ ея теперешнихъ жалобъ.

Паціентка начала изучать иностранные языки въ двѣнадцать лѣтъ, будучи въ гимназіи; по-французски говорила свободно, по-нѣмецки читала и переводила свободно.

Status praesens. Средняго роста; хорошаго тѣлосложенія и питанія; цвѣтъ кожныхъ покрововъ не отступаетъ отъ нормы, лимфатическія железы не прощупываются, подкожная жировая клѣтчатка хорошо развита, отека нѣтъ; тонусъ мыщцъ повидимому не измѣненъ, съ обѣихъ сторонъ не представляетъ никакой разницы, суставы свободны; костная система не измѣнена.

Двитательная сила мышцъ нигдѣ не измѣнена, съ обѣихъ сторонъ одинакова.

Чувствительная сфера безъ измѣненій (осязательное, болевое, мышечное, тепловое и проч. чувства не отступаютъ отъ нормы). Периферическіе нервы всюду одинаково малоболѣзненны.

Рефлексы сухожильные — колѣнный и ахиллова сухожилія, съ луча и m. tricipitis съ обѣихъ сторонъ одинаково выражены; рефлексъ на свѣтъ, сведеніе глазъ и акоммодація зрачковъ нормальны, зрачки равной ширины; рефлексы кожные (щекотаніе стопы), брюшные, глоточный съ соединительной оболочки глазъ—есть.

Слухъ, вкусъ, обоняніе и зрѣніе—съ обѣихъ сторонъ одинаково. Поле зрѣнія не сужено, не измѣнено.

Рѣчь: больная 1) вовсе не понимаетъ слышимыхъ словъ иностранныхъ языковъ (французскаго и нѣмецкаго); русскія понимаетъ за ничтожнымъ исключеніемъ и то только первое время. 2) Не можетъ вовсе читать ни русской, ни иностранной печати — съ трудомъ называетъ буквы, можетъ съ трудомъ сложить короткое слово, напримѣръ: папа, баба,—болѣе же сложное ни прочесть въ слухъ, ни сложить не въ состояніи. 3) Прочтенное слово русское понимаетъ, но нѣкоторыя слова и всѣ иностранныя не понимаетъ вовсе. 4) Тѣмъ не менѣе пишетъ по-русски и буквы и слова, произвольно иногда лишь вставляя лишнія буквы; свободно писать на какомъ либо иностранномъ языкѣ не можетъ. 5) Повторяетъ слова, какъ русскія такъ и иностранныя совершенно правильно. Подъ диктовку пишетъ русскія буквы и слова правильно, иностранныя же безъ всякой орѳографіи, часто употребляя буквы русскаго алфавита, напр.: Pandan mon se iour an klenik (pendant mon se jour en klinique) или: Berend meines Uерле и бене (Während meines Verbleibens). 7) Нѣкоторые показываемые предметы, напримѣръ: часовой ключъ, сургучъ, печать, назвать не можетъ сразу, должна искать слова. При провѣрочныхъ пробахъ съ закрытыми глазами сразу называетъ и эти, и другіе предметы, ощупавъ ихъ руками. 8) Знаніе иностранныхъ языковъ — французскаго и нѣмецкаго вовсе утрачено. Изъ русскаго языка забыты имена собственныя, нѣкоторыя конкретныя.

Сердечный толчокъ подъ шестымъ ребромъ по linea mammillaris, тупость вправо по срединѣ sterni, влѣво по linea mammillaris. При выслушиваніи сердца—систолическій шумъ; второй тонъ на pulmonalis усиленъ, пульсъ—80, мягкій, celer.

Демонстрируя въ этомъ случаѣ потерю иностранныхъ языковъ, нужно оговориться, что случаи подобнаго рода потери иностранныхъ нарѣчій описаны въ литературѣ много разъ.

Charcot описываетъ одного русскаго, владѣвшаго нѣсколькими языками и потерявшаго сразу всѣ, кромѣ русскаго.

Д-ръ Радклифъ вслѣдъ за солнечнымъ ударомъ забылъ индостанскій языкъ.

Д-ръ Беатти описалъ больного, который забылъ греческій языкъ вслѣдъ за ударомъ по головѣ, другія же знанія остались въ полной силѣ.

Профессоръ Голлендъ — англичанинъ, изучая мины въ Гарцѣ, въ сопровожденіи нѣмецкихъ ученыхъ, съ которыми рѣчь велась все время на нѣмецкомъ языкѣ, вдругъ лишился употребленія его и принужденъ былъ объясняться лишь знаками, ибо, хотя его родной языкъ и остался

въ порядкѣ, но англійскій языкъ никому изъ окружающихъ не былъ знакомъ.

Mendel демонстрировалъ больную нѣмку, выросшую въ Силезіи и говорившую прекрасно по-польски; послѣ апоплексіи польскій языкъ исчезъ и т. д.

Интересъ даннаго случая увеличивается нѣкоторыми подробностями; напримѣръ, больная не можетъ читать, но можетъ писать; не можетъ говорить по-французски, а между тѣмъ говоритъ по-русски; прежде то и другое было ей равно легко, шло свободно; не можетъ читать печатнаго слова, а между тѣмъ читаетъ ноты; излагаетъ письменно свои мысли, а между тѣмъ, спустя короткое время, не можетъ прочесть того, что она написала.

Уясненіе даннаго случая облегчается однако нѣкоторыми предварительными соображеніями о развитіи понятій слова и т. д.

Представленія вырабатываются путемъ отвлеченія и сложенія нѣкоторыхъ частныхъ признаковъ въ одно цѣлое; такъ, напримѣръ, понятіе о колоколѣ включаетъ въ себѣ празнаки его фигуры, его формы, твердости матеріала, изъ котораго онъ сдѣланъ, теплопроводимости этого матеріала, наконецъ той мелодіи, которую онъ можетъ произвесть (то есть отъ него получаются впечатлѣнія—зрительное, мышечное, осязательное, температурное, звуковое и т. д. Представленіе о льдѣ напр. складывается изъ зрительнаго впечатлѣнія (цвѣтъ, блескъ, свѣтопреломленіе и отраженіе лучей), изъ впечатлѣній мышечнаго чувства — (твердость), изъ впечатлѣній температурнаго чувства (ощущеніе холода, гигроскопичность его) и тѣхъ элементовъ сложнаго мышечнаго чувства, которые входятъ въ понятіе о потерѣ равновѣсія и т. д. (скользкость).

Различныя, части входящія въ составъ даннаго представленія, состоятъ изъ впечатлѣній, записанныхъ въ корѣ головнаго мозга, въ различныхъ областяхъ его, и находятся въ постоянной возможности возникать разомъ, благодаря ассоціаціоннымъ волокнамъ, соединяющимъ различныя области между собой, а благодаря этому при вызываніи къ дѣятельности одной части ассоціаціоннаго цѣлаго возникаютъ и остальныя.

Это качество ассоціаціонныхъ путей между собой помогаетъ слѣпому узнать колоколъ ощупью или по одной только мелодіи его, а зрячему, при взглядѣ на ледъ, испытать представленіе о его температурныхъ качествахъ, о его скользкости и т. д.

Въ status praesens было отмѣчено, что хотя у больной зрѣніе не было разстроено, центръ зрительныхъ впечатлѣній не измѣненъ, тѣмъ не менѣе показываемую вещь больная не могла назвать, но очень быстро вспоминала названіе, когда при контрольной пробѣ, съ закрытыми глазами, ее заставляли назвать предметъ, руководясь осязаніемъ.

Явленіе это тождественно съ интереснымъ симптомомъ, описаннымъ Вестфалемъ, въ его замѣчательномъ случаѣ афазіи у актера [1]).

Имѣя въ виду характерныя измѣненія со стороны величины сердца, характеръ пульса, можно думать, что въ данномъ случаѣ, мы имѣемъ дѣло съ insufficientia valvulae mitralis и съ возможностью эмболіи артеріальныхъ вѣтокъ. Съ другой стороны, вторичное половинное пораженіе головнаго мозга наводитъ на мысль о существованіи какого-то страданія, которое можетъ служить постояннымъ источникомъ повторныхъ пораженій центральной нервной системы; такой источникъ всего естественнѣе искать въ сердцѣ, и при наличности insufficientia mitralis вполнѣ возможно видѣть его въ видѣ эмболіи, тромоза и т. под., наконецъ, быть можетъ, въ видѣ анеміи мозга или иного разстройства кровообращенія.

Этимъ-же пораженіемъ, которое гнѣздится въ корѣ, объясняются и приступы парестезій наблюдаемыхъ по всей правой половинѣ и отвѣчающихъ картинѣ Джаксоновской эпилепсіи, или чувствительной эпилепсіи Charcot'a.

---

[1]) Кусмауль. Разстройство рѣчи. Перев. съ нѣмецкаго. (Томъ XII ч. Пат. Цимсена) стр. 170.

5.

Курсъ общей симптоматологіи и терапіи нервныхъ болѣзней,

читанный Студентамъ Университета Св. Владиміра

Проф. И. А. Сикорскимъ.

(*Продолженіе* [1])

Способы возбужденія и угнетенія нервной системы (methodus medendi nervina).

Количественное измѣненіе дѣятельности нервной системы всегда играло важнѣйшую роль въ медицинѣ и относилось къ самымъ общимъ и наиболѣе частымъ пріемамъ у кровати больного. Methodus nervina подраздѣлялся на methodus excitans и methodus sedans sive deprimens, т. е. на способы возбужденія и угнетенія нервной системы. Искусственнымъ образомъ при помощи лѣкарственныхъ средствъ, можно измѣнить не только процессы чувствованія и движенія, но также процессы выдѣленія и отдѣленія, обмѣнъ веществъ въ организмѣ, питаніе и, даже, силу и качество психическихъ отправленій. Въ виду этого methodus medendi nervina долженъ быть отнесенъ къ числу самыхъ важныхъ пріемовъ общей терапіи, и имѣетъ широкое примѣненіе въ лѣченіи не только нервныхъ болѣзней, но и всѣхъ вообще болѣзней. Лѣкарственныя средства, при помощи которыхъ можетъ быть измѣнена *количественно* дѣятельность нервной системы называется нервно-мышечными средствами или ядами (Schmiedeberg) или просто *нервными средствами*—nervina старой медицины.

На нервную систему можно вліять троякимъ образомъ, а именно:

1) прямымъ путемъ,
2) окольнымъ путемъ,
3) стороннимъ путемъ.

---

[1]) См. выше стр. 145.

Прямой путь состоитъ въ непосредственномъ дѣйствіи лѣкарства на тотъ или другой нервный приборъ; напримѣръ, *бромистый калій* понижаетъ довольно равномѣрно дѣятельность всей нервной системы, *алкоголь* и средства его группы понижаютъ дѣятельность общаго сосудодвигательнаго центра, *амилнитритъ* и др. нитриты производятъ сильное возбужденіе сосудорасширяющихъ нервовъ (вазодилятаторовъ) и могутъ устранять сосудистые спазмы и разслаблять стѣнки мелкихъ артерій въ кожѣ и въ мозговой корѣ, *морфій* понижаетъ возбудимость болевого центра и приводящихъ къ нему путей. Во всѣхъ этихъ случаяхъ лѣкарство дѣйствуетъ непосредственно на части, дѣятельность которыхъ требуется измѣнить.

Окольный путь состоитъ въ воздѣйствіи на извѣстный центръ чрезъ посредство другого центра или чрезъ посредство болѣе или менѣе отдаленнаго нервнаго привода; напримѣръ,—возбужденіемъ дѣятельности головного мозга можно понизить (затормозить) спинномозговые рефлексы; раздраженіемъ нервныхъ окончаній въ слизистой оболочкѣ носа или въ кожѣ можно измѣнить работу дыхательнаго центра и сосудодвигательнаго центра. Еще одинъ примѣръ: уменьшая боль или печаль наркозомъ головного мозга, тѣмъ самымъ можемъ устранить разстройства дыханія и кровообращенія, неразлучныя съ болью или печалью. Въ этомъ случаѣ исправленіе дыханія и кровообращенія достигается *окольнымъ путемъ*—чрезъ головной мозгъ.

Примѣры подобныхъ *окольныхъ путей* весьма многочисленны, и физіологія нервной системы открываетъ все новыя и новыя связи и взаимодѣйствія между различными частями нервной системы. Ознакомленіе съ этими связями открыло и обѣщаетъ въ будущемъ открыть еще болѣе широкое поле для терапевтическихъ воздѣйствій на тѣ или другія нервныя территоріи, а чрезъ ихъ посредство—на всѣ ткани и органы тѣла.

Сторонній путь воздѣйствія на нервную систему состоитъ въ измѣненіи кровообращенія и питанія нервной системы. Сущность этого воздѣйствія основана на томъ, что съ улучшеніемъ кровообращенія и питанія повышается дѣятельность нервной системы, съ ослабленіемъ же—понижается. Этотъ методъ находилъ себѣ чрезвычайно широкое примѣненіе въ первыя двѣ тысячи лѣтъ существованія медицины. Онъ состоялъ въ общихъ и мѣстныхъ кровоизвлеченіяхъ, которыя быстро измѣняли возбудимость многихъ нервныхъ приборовъ. Съ развитіемъ ученія о нервныхъ центрахъ и ихъ отправленіяхъ явилась возможность измѣнять возбудимость ихъ то *прямымъ*, то *окольнымъ путемъ*, и кровопусканіе стало рѣдко примѣняться. Однако-же самая идея древней медицины остается величайшимъ научнымъ фактомъ, который не утратилъ своего значенія, но принялъ новыя формы: современная медицина въ

замѣнъ кровопусканія употребляетъ *методъ измѣненія кровообращенія и питанія.* Этотъ методъ, по своему терапевтическому значенію, соотвѣтствуетъ кровопусканіямъ и другимъ пріемамъ классической медицины, имѣвшимъ цѣлью измѣнить питаніе. Для достиженія этой цѣли современная медицина употребляетъ три пріема: а) измѣняетъ кровообращеніе б) измѣняетъ составъ крови, в) измѣняетъ питаніе живой протоплазмы клѣтокъ организма. Эти пріемы, употребленные порознь или совмѣстно, оказываютъ быстрое и рѣшительное вліяніе на нервную систему. Такъ, напр. разслабляя сосудистый центръ и тѣмъ уничтожая спазмъ артерій, мы можемъ ослабить чувство страха, испытываемое человѣкомъ; другими словами—измѣняя кровообращеніе, понижаемъ силу психическаго напряженія (страха). Подобнымъ образомъ, ослабляя при помощи хинина питаніе и обмѣнъ въ живой протоплазмѣ нервныхъ и другихъ клѣтокъ, можно понизить работу чувствительныхъ областей мозга и тѣмъ ослабить невральгическія и ревматическія боли. Еще одинъ примѣръ: понижая дѣятельность дыхательнаго центра, можетъ возбудить *потовой* центръ а также *центръ родовъ* и другіе центры. Въ этомъ случаѣ возбудителемъ исчисленныхъ центровъ является измѣненный составъ крови (асфиктическая кровь).

Такимъ образомъ открыта широкая возможность количественно измѣнять работу нервныхъ приборовъ дѣйствуя на нихъ то *прямымъ* путемъ, то *окольнымъ* или *стороннимъ.*

Методъ *количественнаго измѣненія дѣятельности нервной системы* получилъ широкое развитіе, благодаря успѣхамъ неврологіи, въ особенности же съ открытіемъ въ чистомъ видѣ алкалоидовъ и другихъ тѣлъ, дѣйствующихъ на нервную систему. Токсикологія въ рукахъ физіологовъ получила особое примѣненіе и привела къ точному ознакомленію со специфической чувствительностью различныхъ нервныхъ приборовъ и съ системой взаимодѣйствія нервныхъ центровъ. Эти точныя физіологическія данныя находятъ себѣ въ настоящее время примѣненіе въ терапіи.

Для успѣшнѣйшаго примѣненія къ терапіи метода количественнаго измѣненія нервныхъ дѣятельностей, полезно отдѣлить общіе вопросы отъ частныхъ и начать съ разсмотрѣнія первыхъ.

Самымъ общимъ и существеннѣйшимъ фактомъ для терапіи нервной системы необходимо признать *различную* (специфическую) чувствительность нервныхъ приборовъ къ лѣкарственнымъ средствамъ и внѣшнимъ воздѣйствіямъ. Согласно общему правилу извѣстнаго невропатолога Джэксона, во всемъ животномъ царствѣ и у человѣка, болѣе чувствительными къ дѣйствію весьма многихъ средствъ оказываются тѣ части нервной системы, которыя, по исторіи развитія своего, возникли позже и отличаются болѣе сложнымъ строеніемъ. Такимъ образомъ,

головной мозгъ оказывается наиболѣе чувствительнымъ, затѣмъ слѣдуетъ спинной мозгъ и послѣднее мѣсто принадлежитъ продолговатому мозгу и симпатическимъ узламъ. Сообразно этому, подъ вліяніемъ лѣкарствъ измѣняются сначала психическія дѣятельности и произвольныя движенія, затѣмъ поражается система отраженныхъ движеній (рефлексовъ) и лишь въ послѣдней очереди поражаются дыханіе, кровообращеніе. Лѣкарства, дѣйствующія на нервную систему въ такой послѣдовательности, составляютъ довольно рѣзко обособленную группу и называются *нервно-мышечными ядами* (Schmiedeberg). Къ ней относится на первомъ планѣ алкоголь и его фармакологическіе товарищи (хлороформъ, эфиръ и др.) Общій характеръ дѣйствія этихъ веществъ на нервную систему состоитъ въ томъ[1]), что они сразу и безъ предварительнаго возбужденія уменьшаютъ, а потомъ совершенно уничтожаютъ одну за другой дѣятельности *головного мозга, спинного и продолговатаго.* Порядокъ дѣйствія этихъ лѣкарствъ съ полной очевидностью наблюдается при хлороформированіи. Хлороформъ и эфиръ, будучи вдыхаемы, дѣйствуютъ подобно алкоголю, производя параличъ нервныхъ центровъ, начиная съ высшихъ. Въ то время, когда дѣятельность высшихъ центровъ уже болѣе или менѣе уничтожена, когда хлороформируемый перестаетъ чувствовать боль и утрачиваетъ другія чувства,—рефлекторная дѣятельность еще продолжается. Но если хлороформированье вести дальше, то отправленія спинного мозга (рефлексы) уничтожаются точно тѣмъ же порядкомъ, какъ и дѣятельность головного мозга. Чтобы убѣдиться въ наступленіи этого періода, чаще всего приподнимаютъ верхнее вѣко и прикасаются къ соединительной оболочкѣ: если не происходитъ никакого сокращенія вѣка, значитъ—рефлексы уничтожены. При осторожномъ и правильномъ употребленіи хлороформа это состояніе (паралича головного и спинного мозга) можно поддерживать по цѣлымъ часамъ, какъ это дѣлается при операціяхъ. Но если хлороформированіе повести еще дальше, наступаетъ параличъ дыханія и кровообращенія (параличъ продолговатаго мозга).

Изложенная послѣдовательность пораженія нервныхъ центровъ наблюдается и при болѣзняхъ, напримѣръ, при увеличеніи внутричерепного давленія (опухолями, кровоизліяніями, отеками), когда развивается состояніе *спячки* (sopor) или *глубокой спячки* (coma): въ коматозномъ состояніи уничтожены всѣ виды чувствительности и всѣ психическія дѣятельности, но отправленія продолговатаго мозга (дыханіе, сердцебіеніе, глотаніе и пр.) остаются безъ измѣненія.

Иной порядокъ наблюдается въ дѣйствіи средствъ пиридиноваго ряда, ароматическаго и токсиновъ. Значительная часть веществъ этого рода поражаютъ одновременно продолговатый мозгъ и другія части

[1]) Schmiedeberg. Grundriss d. Arzneimittellehre. Leipzig 1895 pag. 21.

нервной системы или даже въ первой линіи дѣйствуютъ на продолговатый мозгъ, а затѣмъ уже на другія части нервной системы. Такимъ обр., въ противоположность правилу Джэксона (см. выше стр. 328) дѣйствіе этихъ средствъ начинается не съ частей, наиболѣе сложно и тонко устроенныхъ, но распространяется довольно равномѣрно по всей нервной системѣ и поражаетъ центры, независимо отъ сложности ихъ устройства. Это существенное обстоятельство можно пояснить слѣдующимъ примѣромъ. Представимъ себѣ электрическую батарею, отъ которой токъ идетъ по тремъ развѣтвляющимся путямъ. Увеличеніе препятствій въ одномъ пути (напр. введеніемъ реостата, приближеніемъ противоположнаго тока) уменьшаетъ силу тока по этому пути, но самая работа батареи нисколько не перемѣняется. Возьмемъ другой примѣръ. Пусть въ той-же батареѣ будетъ произведена другая перемѣна, именно: въ каждый изъ элементовъ нашей батареи, заряженной *мѣдно-сѣрной солью* прибавимъ *азотно-барьевой соли*. Этой прибавкой мы нейтрализируемъ часть *мѣдно-сѣрной соли* и ослабимъ работу каждаго элемента, вслѣдствіе чего по всей батареѣ сила тока упадетъ—въ однихъ элементахъ больше, въ другихъ меньше въ зависимости отъ того, на сколько *баритовая соль* по мѣстнымъ условіямъ каждаго элемента больше или меньше пропитала его.

Первый изъ приведенныхъ примѣровъ соотвѣтствуетъ дѣйствію лѣкарствъ на нервную систему, согласно правилу Джэксона, второй объясняетъ дѣйствіе лѣкарствъ пиридиноваго ряда, токсиновъ и проч. Какъ извѣстно, эти послѣднія лѣкарства дѣйствуютъ вредно и разрушительно на самую протоплазму живыхъ клѣтокъ, въ томъ числѣ и клѣтокъ нервныхъ. Такимъ образомъ, для терапіи нервной системы имѣются двѣ обширныя группы лѣкарственныхъ средствъ; **однѣ** изъ нихъ дѣйствуетъ *на отдѣльныя части и приборы, не задѣвая смежныхъ частей и сосѣднихъ приборовъ,* **другія**—*на каждую нервную клѣточку безразлично.*

Относительно дѣйствія на нервную систему всѣхъ почти средствъ необходимо замѣтить, что вліяніе ихъ обнаруживается собственно *не по всей длинѣ* каждаго неврона, а лишь на противоположныхъ его окончаніяхъ—центральномъ и периферическомъ, другими словами: *на нервной клѣткѣ и на концевомъ приборѣ нервнаго волоконца*; вся же средняя часть неврона, т. е. периферическій нервъ или проводникъ, остается безъ перемѣны, и до самой смерти организма сохраняетъ свое основное свойство—проводимость.

Такимъ образомъ, наиболѣе чувствительными къ дѣйствію лѣкарствъ оказываются крайнія части невроновъ, средняя же часть, т. е. проводникъ, весьма мало чувствительна. Всѣ, вообще, нервные проводники весьма устойчивы и сопротивляются дѣйствію лѣкарствъ; но бо-

лѣе всего устойчива мышца; она сохраняетъ жизнь и въ ту пору, когда центры и проводники утратили всякую возбудимость.

Лѣкарство, введенное въ кровь и способное дѣйствовать на нервную систему, оказываетъ свое вліяніе на тотъ или другой нервный центръ, или на тѣ и другія нервныя окончанія. Картина дѣйствія лѣкарства будетъ зависѣть отъ того, какія именно части болѣе измѣнены дѣйствующимъ средствомъ. Въ виду чрезвычайнаго расчлененія и обособленія (дифференцировки) нервныхъ частей и приборовъ, дѣйствіе, оказываемое на нихъ лѣкарствами, далеко не одинаково. Это даетъ возможность, путемъ подбора различныхъ лѣкарственныхъ средствъ, *оказывать воздѣйствіе на одни нервные приборы и ихъ отправленія, не касаясь другихъ.* Такимъ образомъ, терапевтическіе пріемы могутъ становиться чрезвычайно сложными и тонкими. Клиническая практика вполнѣ подтверждаетъ это положеніе.

Путемъ фармакологическихъ опытовъ и клиническихъ наблюденій установлены для человѣка извѣстныя нормы дѣйствія отдѣльныхъ лѣкарственныхъ средствъ и ихъ группъ. Знаніе этихъ нормъ даетъ возможность предусмотрѣть дѣйствіе лѣкарствъ. Однако же, какъ показываетъ опытъ, въ отношеніи дѣйствія нервныхъ средствъ на организмъ человѣка, по временамъ встрѣчаются на практикѣ рѣзкія отклоненія отъ нормы. Эти отклоненія называются *идіосинкразіями.* Онѣ состоятъ въ томъ, что лѣкарство или оказываетъ чрезмѣрное количественное вліяніе или дѣйствуетъ на нервные аппараты не въ обычной послѣдовательности, такъ напр. обычное дѣйствіе морфія на организмъ человѣка состоитъ въ томъ, что въ первой линіи онъ успокаиваетъ боль и кашель, затѣмъ онъ начинаетъ притуплять другія виды чувствительности и, наконецъ, производитъ полную пріостановку психической дѣятельности съ глубокимъ сномъ, и только послѣ этого поражается *продолговатый мозгъ,* и изъ отправленій послѣдняго всего раньше — дыханіе. Однако же, извѣстны случаи, когда отъ небольшихъ сравнительно дозъ морфія наступалъ параличъ дыханія, раньше притупленія болевой чувствительности. Такое неправильное, непослѣдовательное дѣйствіе лѣкарства составляетъ сущность идіосинкразіи. Причину идіосинкразіи слѣдуетъ искать въ особенностяхъ строенія нервной системы и въ слабомъ, недостаточномъ развитіи нѣкоторыхъ нервныхъ приборовъ, при удовлетворительности и надлежащемъ развитіи другихъ. Такъ напр., опытъ показываетъ, что въ извѣстныхъ случаяхъ невропатической наслѣдственности сосудодвигательный центръ чрезмѣрно возбудимъ. Лица съ такой болѣзненной особенностью расположены къ гипереміямъ при многихъ болѣзняхъ, и въ тоже время онѣ весьма чувствительны къ дѣйствію такихъ лѣкарствъ, которыя въ первой линіи поражаютъ сосудодвигательный центръ (какъ напр. алкоголь).

Если не принимать во вниманіе не частые вообще, случаи идіосинкразіи, то дѣйствіе лѣкарствъ на различныя части нервной системы довольно однообразно и поддается обобщеніямъ. Съ практической точки зрѣнія удобно распредѣлить всѣ случаи количественнаго измѣненія нервныхъ отправленій по главнѣйшимъ областямъ и мѣстамъ воздѣйствія лѣкарственныхъ средствъ на нервную систему. Наиболѣе естественны слѣдующія четыре группы:

А) Воздѣйствіе на концевые приборы.

Б) Воздѣйствіе на спинной мозгъ и узловые центры.

В) Воздѣйствіе на продолговатый мозгъ.

Г) Воздѣйствіе на головной мозгъ съ его корковыми и подкорковыми центрами.

А. Воздѣйствіе на концевые приборы.

Самымъ нагляднымъ примѣромъ могущественнаго вліянія лѣкарствъ на концевые приборы могутъ служить дѣйствіе кураре и мускарина на окончаніе двигательныхъ нервовъ, дѣйствіе атропина на отдѣлительные (секреторные) нервы и кокаина на чувствительныя окончанія.

Хотя кураре и мускаринъ почти не употребляются съ терапевтическою цѣлью, но могутъ служить самыми очевидными примѣрами для разъясненія дѣла. Клодъ Бернаръ и Келликеръ рядомъ остроумныхъ опытовъ показали, что кураре ослабляетъ и парализуетъ *двигательныя* окончанія произвольныхъ мышцъ. У животнаго, отравленнаго этимъ *ядомъ*, наступаетъ полный параличъ движенія. Если у такого животнаго раздражать фарадическимъ токомъ двигательные нервы, то никакого сокращенія не получается, но если постояннымъ токомъ раздражать мышцу, она отвѣчаетъ сокращеніемъ. Очевидно, мышца осталась безъ измѣненія. Съ другой стороны, если у кураризированнаго животнаго вырѣзать изъ тѣла и изслѣдовать двигательный нервъ, то можно убѣдиться, что нервъ вполнѣ сохранилъ физіологическія свойства, такъ какъ онъ показываетъ собственные токи и при раздраженіи даетъ отрицательныя колебанія. Очевидно изъ этого, что и нервъ остался безъ измѣненія, слѣдовательно, парализованы только концевые приборы нерва или ближайшія къ нимъ нервныя волоконца. По недавнему наблюденію Полицера кураре, дѣйствуетъ на цементъ въ перехватахъ Ранвье. Заимствуемъ у Lauder Brunton'а списокъ средствъ возбуждающихъ и парализующихъ двигательныя окончанія:

Парализуютъ:	*Возбуждаютъ:*
Ціанистый аммоній,	Камфора.
Іодистый аммоній.	Никотинъ.

Кураре.
Лобелинъ.
Метилъ-морфинъ.
Птомаины.
Сапонинъ.
Спартеинъ.
и др.

Пилокарпинъ.
Пиридинъ,
Физостигминъ.
и др.

Къ числу средствъ, возбуждающихъ двигательные нервы, можно отнести также кофеинъ и теоброминъ въ томъ смыслѣ, что эти средства облегчаютъ сократительному веществу мышцы переходъ изъ состоянія разслабленія въ состояніе сокращенія (Schmiedeberg); сюда же относится физостигминъ, который возбуждаетъ поперечно-полосатую и гладкую мускулатуру.

Типическимъ примѣромъ дѣйствія лѣкарствъ на концевые приборы *чувствительныхъ нервовъ*, служатъ атропинъ и кокаинъ. Кокаинъ, приведенный въ соприкосновеніе съ слизистыми оболочками, дѣлаетъ ихъ нечувствительными къ боли; кромѣ того, въ нихъ притупляется чувствительность къ тепловымъ и къ осязательнымъ впечатлѣніямъ. На слизистой оболочкѣ рта и носа кокаинъ притупляетъ обонятельныя и вкусовыя впечатлѣнія.

Относящіяся сюда средства могутъ быть подраздѣлены на средства, понижающія чувствительность и уничтожающія ее.

Sedativa:
Аконитъ.
Атропиннъ.
Карболовая кислота.
Хлороформъ
Хлораль.
Морфій.
Вератринъ.

Anaesthetica:
Холодъ.
Карболовая кислота.
Кокаинъ.

Воздѣйствіе на чувствительные и двигательные концевые приборы принадлежитъ къ числу весьма важныхъ пріемовъ терапіи и примѣняется въ глазной и акушерской практикѣ, при зубныхъ болѣзняхъ, при леченіи желудочно-кишечныхъ болѣзней и т. под. Кромѣ того воздѣйствіе на *чувствительные* концевые приборы примѣняется съ цѣлью измѣнить *отражательную* дѣятельность спиннаго мозга или *автоматическую* работу продолговатаго мозга а также психическую дѣятельность. Напр. притупленіемъ слизистой оболочки прямой кишки и пузыря (атропиномъ, морфіемъ) можемъ уменьшить жиленье (тенезмы) и частые позывы на мочу; раздраженіемъ кожи (т. е. ея чувствительныхъ нервовъ)

можемъ усилить работу общаго сосудодвигательнаго центра (дѣйствіе на продолговатый мозгъ); раздраженіемъ кожи можемъ, при обморокѣ и спячкѣ, возбудить и возстановить исчезнувшее сознаніе (дѣйствіе на головной мозгъ).

Независимо отъ чувствительныхъ и двигательныхъ нервныхъ окончаній, измѣняющему дѣйствію лѣкарствъ подчиняются и *нервы отдѣлительные* (*секреторные*); окончанія ихъ могутъ быть возбуждаемы и угнетаемы. Къ угнетающимъ средствамъ на первомъ планѣ долженъ быть причисленъ атропинъ; подъ вліяніемъ его всѣ железы работаютъ гораздо слабѣе: слюна, потъ, слизь, поджелудочный сокъ, желчь, молоко и даже моча уменьшаются подъ вліяніемъ атропина. Противоположное дѣйствіе производитъ пилокарпинъ, никотинъ и др. Пилокарпинъ въ особенности сильно дѣйствуетъ на отдѣленіе пота и слюны, но также увеличиваетъ отдѣленіе поджелудочнаго сока, а у рыбъ даже увеличиваетъ количество кислорода въ плавательномъ пузырѣ. Наконецъ, такимъ же образомъ дѣйствуетъ физостигминъ: онъ увеличиваетъ отдѣленіе слизи, слюны, слезъ и пота.

Б. Воздѣйствіе на спинной мозгъ.

Спинному мозгу свойственны два рода отправленій: проведеніе возбужденій и отражательная дѣятельность съ заготовкой нервной силы, идущей на работу (иннервація). По спинному мозгу проводятся вверхъ чувствительныя раздраженія, и проводятся внизъ отъ головного мозга двигательные толчки къ мышцамъ и железамъ. Кромѣ того спинной мозгъ проводитъ возбужденія въ поперечномъ направленіи по спаечнымъ путямъ отъ одной половины къ другой, а также сзади иапередъ. Впечатлѣнія осязательныя и мышечныя передаются по заднимъ корешкамъ спинного мозга, узламъ заднихъ роговъ и отсюда идутъ вверхъ по заднему столбу. Болевыя же и тепловыя ощущенія передаются вверхъ по клѣткамъ столбовъ (сѣраго вещества).

Проводимость спинного мозга можетъ быть измѣнена подъ вліяніемъ лѣкарствъ: 1) стрихнинъ и морфій замедляютъ проводимость, вератринъ и никотинъ дѣйствуютъ также. Такимъ образомъ эти средства замедляютъ передачу возбужденія. Подобнымъ образомъ дѣйствуетъ между прочимъ бромистый калій и другіе бромистые препараты. Всѣ исчисленныя средства оказываютъ болеутоляющее дѣйствіе тѣмъ, что затрудняютъ передачу болевого раздраженія по направленію къ головному мозгу.

Затрудненіе двигательной проводимости спинного мозга можно наблюдать при употребленіи большихъ дозъ бромистаго калія, именно, въ этихъ случаяхъ можно нерѣдко наблюдать слабость, даже парезъ нижнихъ конечностей при относительно лучшемъ сохраненіи силы верхнихъ

конечностей,—въ чемъ можно убѣдиться динамометрически. Очевидно, что передача двигательныхъ толчковъ встрѣчаетъ больше затрудненій на длинномъ пути отъ головного мозга къ поясничному утолщенію, нежели на менѣе длинномъ—къ шейному утолщенію спинного мозга. На животныхъ можно убѣдиться прямыми опытами въ томъ, что проводимость спинного мозга можетъ быть замедлена, что сказывается удлиненіемъ скрытаго періода отраженныхъ движеній (Wundt).

Подобно проводящей способности можетъ быть измѣнена искусственнымъ образомъ *отражательная способность* всѣхъ разнообразныхъ центровъ и частей спинного мозга.

По всей оси спинного мозга разсѣяны отражательные приборы, при помощи которыхъ вызываются то *простыя движенія* (рефлексы), ограничивающіяся одной или немногими мышцами, то *распространенныя движенія*, охватывающія многія мышечныя группы и даже всю мускулатуру тѣла, то *распространенный цѣлесообразный рефлексъ*, представляющій опредѣленную цѣпь движеній для извѣстной цѣли (бѣгство, оборона, удаленіе раздражаемой части отъ раздражителя и т. п.). Кромѣ того, въ спинномъ мозгу находятся центры, которые на периферическое возбужденіе отвѣчаютъ цѣлесообразной дѣятельностью особыхъ спеціально для данной цѣли построенныхъ двигательныхъ механизмовъ. Вотъ перечень этихъ болѣе спеціальныхъ и сложныхъ центровъ спинного мозга.

1) Центръ расширенія зрачка.
2) Центръ для опорожненія прямой кишки.
3) Центръ для опорожненія мочевого пузыря.
4) Центръ для эрекціи.
5) Центръ для изверженія сѣмени.
6) Центръ для акта родовъ.
7) Сосудо-двигательные центры.
8) Потовые центры.

Дѣятельность всѣхъ исчисленныхъ механизмовъ и центровъ спинного мозга можетъ быть *то повышена, то понижена*. Слѣдующая таблица указываетъ рядъ средствъ, служащихъ для той и другой цѣли.

Понижаютъ рефлексы:	*Повышаютъ рефлексы*:
Хлороформъ.	Стрихнинъ.
Хлоралъ-гидратъ.	Бруцинъ.
Морфій.	Тебаинъ.
	Кофеинъ.
	Атропинъ.

Понижаютъ рефлексы:
Хининъ.
Бромистый калій и др.

Повышаютъ рефлексы:
Никотинъ.
Карболовая кислота.
Аммiакъ.
Пикротоксинъ (въ м. доз.).
Нагрѣтая кровь.
Диспноэтическая кровь.

Бромистый калій и другіе бромиды принадлежатъ къ числу самыхъ вѣрныхъ средствъ, которыя въ первой линіи понижаютъ рефлексы, зависящіе отъ раздраженій кожи и другихъ органовъ чувствъ.

Повышеніе спинно-мозговыхъ рефлексовъ имѣетъ не маловажное практическое значеніе. Оно наблюдается во многихъ неврозахъ, какъ напр. неврастеніи, истеріи. Оно также является при ослабленіи тормозящаго дѣйствія головного мозга, а также нерѣдко при психическомъ утомленіи и въ тѣхъ многочисленныхъ физіологическихъ и отчасти патологическихъ состояніяхъ, которыя характеризуются подавленностію воли или преобладаніемъ чувства надъ волей (эмотивныя состоянія). Наконецъ повышеніе рефлекторной возбудимости по всей спинно-мозговой оси или въ нѣкоторыхъ участкахъ ея наблюдается нерѣдко какъ слѣдствіе мѣстныхъ болѣзней (сердца, желудочно-кишечнаго канала, половой сферы и т. д.). Въ этихъ случаяхъ повышеніе рефлексовъ по всему вѣроятію зависитъ отъ существованія въ заболѣвшемъ органѣ разраженій, которыя безпрерывно передаются соотвѣтственнымъ участкамъ спинного мозга и, суммируясь въ нихъ, поддерживаютъ повышенную возбудимость. Примѣръ подобнаго рода былъ наблюдаемъ нами въ клиникѣ. Больной 26 лѣтъ въ дѣтствѣ подвергся кастраціи одного яичка (о подробностяхъ операціи больной не пожелалъ дать объясненій). Въ культѣ сѣменного канатика появились съ наступленіемъ половой зрѣлости невралгическія боли, которыя крайне усиливались при эрекціи и дѣлали супружескую жизнь невозможной. Это заставило больного (человѣка изъ простаго званія) обратиться къ врачебной помощи. При изслѣдованіи больного у него найдено чрезвычайное повышеніе рефлексовъ по всей оси спинного мозга; при вызываніи колѣннаго рефлекса получались отраженныя движенія въ области выше лежащихъ центровъ. Мы наблюдали при этомъ слѣдующія явленія. *Міографъ*, прикрѣпленный надъ четвероглавой мышцей и *пнеймографъ*, помѣщенный надъ діафрагмой, показывали на кривой полиграфа единовременныя сокращенія при ударѣ по сухожилію *quadricipitis*. Въ то же время можно было наблюдать расширеніе зрачка, совпадавшее съ каждымъ колѣннымъ рефлексомъ. Это интересное явленіе было многократно показано врачамъ въ клиникѣ. Такимъ образомъ, раздраженіе, исхо-

дившее изъ культи перерѣзаннаго сѣменного канатика, повышало возбудимость не только поясничной, но и всѣхъ другихъ областей мозга, включая сюда и область центра, расширяющаго зрачокъ. Послѣ двухмѣсячнаго пребыванія въ клиникѣ нервныхъ болѣзней, больной былъ переведенъ въ хирургическую клинику Университета св. Владиміра, гдѣ проф. Ринекомъ была сдѣлана операція удаленія рубца съ сѣменного канатика. Послѣ операціи больной снова поступилъ въ нашу клинику для послѣдовательнаго провѣрочнаго изслѣдованія. Повышеніе рефлексовъ вполнѣ исчезло послѣ операціи, и описанныя выше явленія *распространенныхъ* рефлексовъ болѣе не наблюдались.

Сдѣланныя нами наблюденія показали, что случаи мѣстнаго или общаго повышенія рефлексовъ, въ зависимости отъ страданія паренхиматозныхъ органовъ, нерѣдки [1]). Явленіе это несомнѣнно имѣетъ не маловажное практическое значеніе. Особенную важность имѣетъ повышеніе сосудодвигательныхъ рефлексовъ.

Весьма близко къ системѣ спинного мозга стоитъ симпатическая узловая система. При посредствѣ симпатическихъ узловъ происходятъ важныя для организма движенія. Нѣкоторые изъ этихъ узловъ обладаютъ совершенно самостоятельными отправленіями и могутъ давать отраженныя движенія послѣ разрушенія всѣхъ связей своихъ со спинно-мозговой осью. Другіе же узлы связаны съ центральной нервной системой и дѣйствуютъ въ зависимости отъ нея. Къ числу самостоятельныхъ узловъ относятся: 1) автоматическія узлы сердца, 2) кишечныя сплетенія, 3) сплетенія матки. Нѣкоторые яды, напр. никотинъ дѣйствуетъ замѣчательнымъ образомъ на симпатическіе узлы, именно парализуютъ ихъ, послѣ чего раздраженіе узловъ и вступающихъ въ узлы нервовъ остается безъ всякихъ послѣдствій, между тѣмъ, раздраженіе волоконъ идущихъ къ периферіи, еще вызываютъ движенія. Количественныя измѣненія отражательной дѣятельности узловой системы могутъ быть съ успѣхомъ примѣняемы съ терапевтической цѣлью, какъ увидимъ ниже.

B. Воздѣйствіе на продолговатый мозгъ.

Продолговатый мозгъ содержитъ въ себѣ центры сложныхъ отправленій, каковы центры 1) смыканія вѣкъ, 2) чиханія, 3) кашля, 4) сосательныхъ и жевательныхъ движеній, 5) слюноотдѣленія, 6) глотанія, 7) рвотныхъ движеній, 8) расширенія зрачка и 9) высшій центръ, объединяющій отраженныя движенія спинного мозга. Независимо отъ

---

[1]) Нотнагель наблюдалъ при болѣзняхъ сердца повышеніе кожной чувствительности въ грудной области; повышеніе-же чувствительности кожи можетъ повышать рефлексы.

этихъ центровъ, продолговатый мозгъ содержитъ въ себѣ самые важные для жизни центры—*дыханія, ускоренія и замедленія сердца*, *сосудодвигательные центры* и наконецъ, *судорожный центръ* и *главный потоотдѣлительный центръ* (объединяющій дѣятельность потовыхъ центровъ спинного мозга).

Центры продолговатаго мозга, въ особенности, дыхательный, сосудодвигательный, потоотдѣлительный, судорожный и расширяющій зрачекъ *находятъ себѣ сильнѣйшаго раздражителя въ измѣненномъ составѣ крови*, именно, въ обѣдненіи ея кислородомъ или пресыщеніи углекислотой. Кровь такого состава дѣйствуетъ на нервныя клѣтки продолговатаго мозга, повидимому, какъ сильный протоплазматическій ядъ. Подобнымъ же образомъ дѣйствуютъ многія лѣкарственныя средства: *камфора, карболовая и салициловая кислоты, амміакъ, пикротоксинъ, синильная кислота, стрихнинъ, кофеинъ, хининъ въ малыхъ дозахъ и др.* Дѣйствіе этихъ средствъ обнаруживается главнымъ образомъ въ усиленіи дыхательныхъ движеній, въ возбужденіи общаго сосудодвигателя и ядеръ блуждающаго нерва. Многія изъ этихъ средствъ возбуждаютъ, сверхъ того, центръ ускоряющихъ нервовъ сердца. Усиленіе дыханія увеличиваетъ присасывательное дѣйствіе грудной клѣтки и, въ соединеніи съ возбужденіемъ сосудодвигательныхъ и блуждающихъ нервовъ, исправляетъ неправильности кровообращенія, устраняя застои крови и лимфы. *Приведеніе этого сложнаго механизма въ дѣйствіе принадлежитъ къ числу самыхъ плодотворныхъ и наиболѣе употребительныхъ терапевтическихъ пріемовъ при разнообразныхъ острыхъ и хроническихъ болѣзняхъ.*

Воздѣйствіе на продолговатый мозгъ и его многочисленные центры можетъ быть произведено *прямымъ путемъ* и многими *окольными путями*. *Прямой путь* состоитъ въ непосредственномъ возбужденіи центровъ продолговатаго мозга лѣкарственными веществами, носящимися въ крови. *Окольнымъ путемъ* продолговатый мозгъ можетъ быть возбужденъ изъ головного мозга или изъ периферіи. Механизмъ этихъ воздѣйствій всего лучше разъяснить на примѣрѣ. *Рвотный центръ* можетъ быть приведенъ въ дѣйствіе воспоминаніемъ о предметѣ, имѣющемъ отвратительный запахъ, вкусъ или видъ; въ этомъ случаѣ раздраженіе, начинающееся въ головномъ мозгу, передается по межцентральнымъ путямъ къ рвотному центру. Но рвотный центръ можетъ быть также возбуждаемъ при помощи многочисленныхъ периферическихъ приводовъ, напр. вѣтвей языко-глоточнаго нерва, расположенныхъ въ мягкомъ небѣ и глоткѣ, вѣтвей нервовъ желудка и разнообразныхъ нервныхъ приводовъ, расположенныхъ въ брюшной полости. Эти концевые приводы могутъ быть возбуждены механически (щекотаніе зѣва, раненіе брюшины и т. п.) или лѣкарствами, носящимися въ крови. Подобнымъ же образомъ дыхательныя движенія могутъ быть

возбуждены слабыми раздраженіями кожи и наоборотъ—задержаны сильными раздраженіями. Равнымъ образомъ раздраженіемъ кожи можетъ быть измѣнена въ ту и другую сторону дѣятельность сосудодвигательнаго центра.

Благодаря безчисленному количеству периферическихъ приводовъ, центры продолговатаго мозга могутъ подвергаться частымъ перемѣнамъ; это особенно отражается на центрахъ—потовомъ и сосудодвигательномъ и приводитъ къ перемѣнамъ въ обмѣнѣ веществъ.

Съ другой стороны, благодаря тѣснѣйшей межцентральной связи между головнымъ мозгомъ и продолговатымъ, всѣ безконечные по числу и разнообразію мыслительные и волевые процессы также отражаются на центрахъ продолговатаго мозга, безпрерывно колебля и измѣняя ихъ. Эти измѣненія составляютъ физіологическую подкладку чувства, какъ это подробно разъяснено итальянскимъ психологомъ Sergi въ его недавней работѣ [1]), а также въ послѣдней работѣ Ribot [2]).

Великая важность строгаго урегулированія дѣятельности продолговатаго мозга вытекаетъ изъ того психологическаго факта, что душевныя волненія усиливаются периферическими возбужденіями. *Страхъ,* говоритъ Wundt, *вызываетъ стѣсненіе дыханія,* но и наоборотъ —*стѣсненное дыханіе родитъ страхъ или усиливатъ его* [3]). Такимъ образомъ очевидно, что нарушенія дѣятельности центровъ продолговатаго мозга могутъ послужить не только физіологической подкладкой, но физіологическимъ основаніемъ и причиной душевныхъ волненій. Опытъ подтверждаетъ это: нарушеніе правильной дѣятельности сердца дѣлаетъ даже спокойнаго человѣка раздражительнымъ, тошнота и другія ощущенія беременной женщины колеблютъ ея настроеніе и дѣлаютъ ее капризной, хотя бы она не была капризной по складу своей души и т. д. Достаточно и приведенныхъ примѣровъ, чтобы показать пользу и необходимость знанія главнѣйшихъ источниковъ разстройствъ въ дѣятельности продолговатаго мозга и способовъ устраненія ихъ при помощи лѣкарственныхъ и иныхъ пріемовъ.

Г. Воздѣйствіе на головной мозгъ.

Головной мозгъ содержитъ въ себѣ многочисленные и разнообразные *чувствительные, чувственные, двигательные* и *высшіе психическіе* центры. Не входя въ подробности, мы укажемъ общій планъ ихъ расположенія и способы количественнаго измѣненія ихъ отправленій.

---

[1]) Sergi Cm. Revue philosophique 1894. tom. XXXVIII

[2]) Ribot. La psychologie des sentiments. Paris 1896.

[3]) Wundt. Grundzuge der physiolog. Psychologie III Aufl. Bd. II pag. 407—408.

Разнообразныя отправленія головного мозга пріурочены анатомически къ извѣстнымъ областямъ. По обѣ стороны Роландовой борозды расположена область осязательной чувствительности, при чемъ различнымъ видамъ ея (осязательной, болевой, тепловой чувствительностямъ) отведены особые участки. Центры для движеній, связанныхъ съ осязательнымъ чувствованіемъ, разсѣяны мелкими участками среди чувствительной области. По обѣ стороны первой височной извилины расположена слуховая область съ соотвѣтствующими ей двигательными центрами. По обѣ стороны fissura calcarina расположена область зрительнаго чувствованія. Вкусовая и обонятельная территоріи расположены смежно съ осязательной. Всѣ означенныя области соединены при посредствѣ лучистаго вѣнка (corona radiata) съ подкорковыми центрами и спиннымъ мозгомъ (Neurolog. Ctbl. 1895, № 23).

Въ промежуткахъ между исчисленными *чувственными областями* лежатъ обширныя поля корковой ткани, не имѣющей лучистаго вѣнка, но соединенной посредствомъ коллятераловъ съ различными ближайшими и отдаленными чувственными центрами. Принимая во вниманіе то обстоятельство, что эти мозговые участки не соединены съ периферіей, а связываютъ и объединяютъ другія части—Флехсигъ назвалъ ихъ *сочетальными (ассоціативными)* центрами.

Чувственные центры назначены для *воспріятія* впечатлѣній, поступающихъ изъ внѣшняго міра чрезъ органы чувствъ; сочетательные центры имѣютъ своей задачей *переработку* полученныхъ впечатлѣній въ высшія формы мысли.

Всѣ виды психическихъ дѣятельностей могутъ измѣняться количественно при различныхъ физіологическихъ и патологическихъ условіяхъ, а также подъ вліяніемъ отдыха и утомленія и, наконецъ, при дѣйствіи лѣкарствъ.

Въ дѣлѣ переработки впечатлѣній изъ простѣйшихъ формъ воспріятія (ощущеній) въ сложныя формы мысли, самой существенной стороной являются межцентральныя связи отдѣльныхъ невроновъ и передача по нимъ возбужденій. Новѣйшія изслѣдованія въ микроскопической анатоміи мозга показали, что нервныя единицы (невроны) не соединены между собой непосредственно, но лишь приближаются одни къ другимъ своими тончайшими развѣтвленіями (конечными деревцами, кисточками). Такимъ образомъ путь для передачи нервнаго возбужденія не является непрерывнымъ, но въ нѣсколькихъ мѣстахъ встрѣчаетъ перерывы. Впечатлѣніе, движущееся отъ периферіи къ центру, или наоборотъ, по системѣ невроновъ, встрѣчаетъ по мѣстамъ разрывы пути при переходѣ отъ одного неврона къ другому. Передачу возбужденія по такой системѣ невроновъ можно уподобить (Бехтеревъ) ряду Лейденскихъ банокъ, послѣдовательно разряжающихъ одна въ другую.

Весьма вѣроятно, что существенную роль въ передачѣ возбужденій по невронамъ играютъ мѣста разрывовъ, и именно ихъ величина, ихъ количество и физіологическое состояніе *концевыхъ деревцовъ и кистей.* Весьма вѣроятно также (судя по аналогіи съ дѣйствіемъ кураре и атропина на концевые приборы), что *лѣкарственныя средства дѣйствуютъ* главнымъ образомъ на мѣстахъ встрѣчи двухъ невроновъ *на ихъ окончанія,* то затрудняя передачу, то облегчая ее, подобно тому какъ кураре дѣйствуетъ на концевыя пластинки двигательнаго нерва, не поражая при этомъ ни самого нерва, ни мышцы.

Новѣйшія изслѣдованія Kraepelin'а и др. показали, что дѣятельность высшихъ нервныхъ центровъ не является ни непрерывной, ни однообразной. Напротивъ, опытъ показалъ, что если человѣкъ занимается нѣкоторое время (1—2 часа) психической работой,—*его работоспособность* въ первый часъ или первые полтора часа непрерывно нарастаетъ и количество произведенной работы въ равные промежутки времени становится все больше и больше. Но затѣмъ наступаетъ обратное явленіе — работа замедляется сначала медленно, потомъ очень быстро и рѣзко и, наконецъ, снова медленно, (когда она уже успѣла порядочно упасть). Первый періодъ Kraepelin называетъ — *состояніемъ упражненія,* второй—*состояніемъ утомленія.* Въ каждомъ изъ этихъ періодовъ лѣкарственныя средства дѣйствуютъ не одинаково: чѣмъ болѣе утомлена нервная система, тѣмъ скорѣе, при помощи угнетающихъ лѣкарствъ, можно пріостановить дѣятельность даннаго центра. Напротивъ, бодрая и отдохнувшая нервная система болѣе противостоитъ дѣйствію лѣкарствъ.

Въ болѣзняхъ головного мозга, а также въ общихъ болѣзняхъ, а равно при разнообразныхъ разстройствахъ кровообращенія можно наблюдать различныя степени пониженія психическихъ дѣятельностей до полной пріостановки ихъ. Руководясь взглядомъ *Wernicke,* мы различаемъ слѣдующіе четыре періода:

1) *Оглушеніе* (Stupor) состоитъ въ утратѣ вниманія и ослабленіи инициативы; больные въ этомъ состояніи хотя остаются въ сознаніи, но по собственному почину не начинаютъ бесѣдъ съ окружающими и не ищутъ обмѣна мыслей, а пребываютъ въ молчаніи и безучастномъ отношеніи къ окружающему; выраженіе лица при этомъ усталое, произвольныя движенія медленны.

2) *Сонливость* (Somnolentia), когда больной большею частью дремлетъ, но легко пробуждается и приходитъ къ сознанію при всякаго рода впечатлѣніяхъ (слуховыхъ, зрительныхъ, кожныхъ и пр.).

3) *Спячка* (Sopor), больной спитъ и можетъ быть приведенъ въ сознаніе лишь сильными впечатлѣніями (громкими звуками, тормошеніемъ или чаще всего болевыми впечатлѣніями и пр.).

4) *Глубокая спячка* (Coma), больной не можетъ быть приведенъ къ сознанію никакими впечатлѣніями, даже болевыми; всѣ психическія дѣятельности при этомъ вполнѣ пріостановлены, вся мозговая кора вполнѣ бездѣйствуетъ; подкорковые центры, центры продолговатаго мозга (дыханіе, глотаніе и пр.) работаютъ безъ перемѣны, отражательная дѣятельность спинного мозга то сохранена, то уничтожена.

Описанныя четыре состоянія количественнаго пониженія психическихъ дѣятельностей можно нерѣдко наблюдать въ болѣзняхъ въ совершенно чистомъ видѣ, вполнѣ соотвѣтствующемъ приведенному описанію. Иногда же замѣчаются нѣкоторыя отклоненія отъ описанной классической картины. Изъ нихъ важнѣйшее и самое чистое состоитъ въ томъ, что у больныхъ, на ряду съ ослабленіемъ вниманія къ внѣшнимъ впечатлѣніямъ, *возникаетъ родъ сноподобнаго состоянія со спутанностью идей, съ бредомъ*, а иногда съ возбужденіемъ и безпокойствомъ, вытекающимъ изъ бреда. Но при дальнѣйшемъ развитіи явленій всетаки поялаются *сонливость* и *спячка* съ постепеннымъ прекращеніемъ психическихъ дѣятельностей.

Замѣчательно, что и при дѣйствіи многихъ лѣкарствъ можно наблюдать, наряду съ психическимъ угнетеніемъ, появленіе бреда. Такъ напр. при дѣйствіи хинина и въ особенности большихъ дозъ морфія наступаетъ нѣкоторое ослабленіе психической дѣятельности, которое выражается тѣмъ, что притупляются болевыя ощущенія, а также тѣ ощущенія, которыя вызываютъ кашель, но всѣ другіе виды ощущеній сохраняются, сознаніе остается довольно яснымъ и сонливости не замѣчается. Если доза указанныхъ лѣкарствъ, особенно морфія, болѣе значительна, то наступаетъ дальнѣйшее пониженіе психическихъ дѣятельностей, выражающееся упадкомъ вниманія и притупленіемъ воспріимчивости ко всякаго рода впечатлѣніямъ съ наклонностью ко сну. Въ эту пору, т. е. предъ наступленіемъ сна, нерѣдко можно наблюдать *усиленіе и оживленіе воображенія, измѣнчивость настроенія духа, появленіе двигательной возбудимости* и развитіе картины *сноподобнаго* состоянія или *состоянія бреда* съ возбужденіемъ. Это состояніе въ особенности рѣзко выступаетъ въ морфинномъ и алкогольномъ отравленіи и къ нему собственно должно быть примѣняемо, по нашему мнѣнію, наименованіе *наркоза или наркотическаго періода* въ дѣйствіи лѣкарства. При дальнѣйшемъ дѣйствіи лѣкарствъ наступаетъ полная *безчувственность* и затѣмъ глубокій *сонъ* и *спячка*, т. е. третья и четвертая степень угнетенія психической дѣятельности.

Средства, способныя производить описанныя сейчасъ измѣненія, называются соотвѣтственно своей силѣ, *успокаивающими* (Anodyna), *наркотическими* (Narcotica), *притупляющими* (Anaesthetica) и *снотворными* (Hypnotica sive Soporotica). Многія изъ лѣкарствъ способны произ-

вести всѣ исчисленныя степени успокаивающаго дѣйствія; нѣкоторыя же изъ нихъ такъ слабы по своему дѣйствію, что вызываютъ только начальныя степени успокоенія, не давая сна; иныя, наконецъ, способны дать по преимуществу сильнѣйшія степени: безчувственность, глубокій сонъ, сопорозную и коматозную спячку. Заимствуемъ изъ обыкновенныхъ учебниковъ фармакологіи списокъ этихъ средствъ.

Успокаивающія:
Холодъ.
Атропинъ.
Коніинъ.
Синильная кислота.
Морфій (въ малыхъ дозахъ).
Хининъ.
Фенацетинъ и пр.

Наркотическія:
Морфій (среднія дозы).
Хининъ.
Салициловая кислота.
Карболовая кислота.
Коніинъ.
Спартеинъ,
Лобелинъ.
Гельземинъ.

Анестетическія:
Закись азота.
Эфиръ.
Хлороформъ.
Бромоформъ.
Двухлористый метиленъ.
Бромистый этилъ.
Двухлористый этиленъ.

Снотворныя:
Опій. } въ отравляющихъ до-
Морфій. } захъ даютъ сопорозный сонъ.
Хлоралъ-гидратъ.
Кротонъ-хлоралъ.
Паральдегидъ.
Уретанъ.
Бромиды.
Сульфоналъ и его группа.

Новѣйшія изслѣдованія надъ дѣйствіемъ нѣкоторыхъ лѣкарствъ, произведенныя въ физіологическихъ лабораторіяхъ и въ особенности въ кабинетахъ экспериментальной психологіи и психіатрическихъ клиникахъ открыли новыя стороны въ ученіи о дѣйствіи лѣкарствъ на головной мозгъ. Согласно этимъ даннымъ, необходимо различать слѣдующія стороны воздѣйствія лѣкарствъ на головной мозгъ:

1) быстроту психическихъ процессовъ,
2) напряженность или силу и степень ихъ,
3) ложно-качественныя измѣненія ихъ.

При изслѣдованіи быстроты психическихъ процессовъ обыкновенно опредѣляютъ время *простой реакціи* (двигательный отвѣтъ на сигналъ), *время различенія*, *время выбора* и *время ассоціацій*. Подъ вліяніемъ лѣкарствъ, исчисленныя психическія отправленія измѣняются различнымъ образомъ въ своей *быстротѣ*. *Напряженность* чувственныхъ и двигательныхъ актовъ также можетъ быть измѣнена подъ вліяніемъ лѣкарствъ. Наконецъ помощью лѣкарствъ можно произвести такія перемѣны, которымъ слѣдовало бы придать наименованіе *ложно-качественныхъ* измѣ-

ненiй. По существу своему, измѣненія этого рода въ большей части случаевъ представляются количественными измѣненіями сложныхъ отправленій, въ которыхъ нѣкоторыя составныя части въ такой степени ослаблены или парализованы лѣкарствами, что составъ *цѣлаго* значительно отъ этого страдаетъ, а отдѣльныя части его получаютъ не свойственную имъ до того силу, вслѣдствіе чего кажется, какъ будто бы цѣлое измѣнилось *качественнымъ* образомъ. Напр. подъ вліяніемъ алкоголя, благодаря ослабленію умственныхъ актовъ и ускоренію двигательныхъ, измѣняется составъ и качество ассоціацій, именно изъ двухъ ассоціативныхъ представленій скорѣе будетъ возникать то, которое связано съ двигательными актами, благодаря чему ассоціаціи становятся односторонними и психическія отправленія измѣняются какъ бы *качественно (Kraepelin)*. По сложности вопроса не лишнимъ считаемъ пояснить его примѣромъ. Представимъ себѣ случай замысла человѣка совершить кражу со взломомъ. У человѣка трезваго рядомъ съ мыслями о способахъ исполненія преступленія можетъ появиться страхъ и мысль о возможности неудачи, объ нравственной отвѣтственности и т. п. Исходъ этого мысленнаго колебанія можетъ быть различенъ въ зависимости отъ того, какія мысли возьмутъ перевѣсъ. На эту умственную борьбу алкоголь можетъ оказать рѣшительное вліяніе. Подъ вліяніемъ даже умѣренныхъ дозъ алкоголя идея о взломѣ, какъ связанная съ двигательными представленіями, можетъ получить необычную силу и перевѣсъ надъ другими. Подобнымъ же образомъ, подъ вліяніемъ алкоголя, являются половыя возбужденія, наклонность къ цинизму: состоянія эти возникаютъ въ силу ослабленія высшихъ представленій. Изъ этихъ примѣровъ можно увидѣть, какъ глубоки могутъ быть перемѣны психическаго состоянія человѣка, при однихъ *количественныхъ измѣненіяхъ*, вызываемыхъ алкоголемъ, именно при ослабленіи умственныхъ актовъ и усиленіи двигательныхъ.

Значеніе новѣйшихъ изслѣдованій надъ дѣйствіемъ лѣкарствъ на головной мозгъ становится болѣе понятнымъ при разсмотрѣніи такихъ общеизвѣстныхъ лѣкарствъ, какъ *морфій*, *алкоголь*, *эфиръ*, *хлороформъ*, *чай*. Изъ опытовъ Kraepelin'a [1]) выяснилось, что алкоголь *замедляетъ* и *затрудняетъ* умственные процессы, двигательные акты сначала ускоряетъ, а потомъ замедляетъ. Болѣе подробный разборъ показалъ, что при этомъ болѣе сложныя отправленія (ассоціаціи) болѣе затрудняются и замедляются, чѣмъ простѣйшіе процессы. Наконецъ и самый ходъ ассоціацій измѣняется такимъ образомъ, что представленія, связанныя съ двигательными актами, скорѣе возникаютъ нежели другія.

---

[1]) Kraepelin. U. die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Jena. 1892.

По дѣйствію своему хлороформъ, эфиръ и амилнитритъ имѣютъ между собою общее въ томъ отношеніи, что они затрудняютъ воспріятіе впечатлѣній и облегчаютъ движенія: чувственныя отправленія подъ вліяніемъ ихъ уже являются замѣтно ослабленными въ ту пору, когда двигательные акты еще усилены. Лишь въ дальнѣйшихъ степеняхъ двигательныя отправленія также ослабляются — скорѣе всего при хлороформѣ, меньше при эфирѣ и повидимому вовсе не ослабляются при амилнитритѣ. Соотвѣтственно этому, дыханіе и кровообращеніе наиболѣе затронуты при хлороформѣ и хлороформномъ наркозѣ, менѣе при эфирномъ, тогда какъ отъ амилнитрита они только возбуждены [1]).

По изслѣдованіямъ Kraepelin'а [2]) подъ вліяніемъ морфія облегчается *воспріятіе* внѣшнихъ впечатлѣній, но вмѣстѣ съ тѣмъ въ равной степени затрудняется *волевой актъ*. Такое дѣйствіе достигаетъ своей высшей точки черезъ 30—35 минутъ послѣ пріема лѣкарства. Этими особенностями морфій рѣзко отличается отъ другихъ лѣкарствъ; *онъ возбуждаетъ умственные процессы, подобно чаю и ослабляетъ волю, подобно большимъ дозамъ алкоголя.* Въ противоположность паральдегиду, хлоралъ гидрату, хлороформу, онъ въ малыхъ дозахъ не только не располагаетъ ко сну, но наоборотъ вызываетъ, подобно чаю, большую живость и болѣе быструю смѣну представленій. Для морфинистовъ умственная работа становится возможной лишь при условіи предварительнаго возбужденія себя этимъ лѣкарствомъ. При морфинномъ отправленіи никогда не бываетъ двигательнаго возбужденія, свойственнаго алкогольному отравленію, а наоборотъ выступаетъ на первый планъ наклонность къ спокойно-пріятнымъ мечтамъ. Съ другой стороны, у морфинистовъ ясно замѣчается другая рѣзкая черта, именно утрата нравственной энергіи, какъ слѣдствіе безпрерывнаго ослабленія воли пріемами лѣкарства. Это *ослабленіе* отъ морфія сильнѣе, чѣмъ отъ алкоголя, вѣроятно, потому, что морфій принимается съ гораздо большимъ запоемъ и непрерывностью, чѣмъ алкоголь; вѣроятно также и потому, что морфій дѣйствуетъ паралитически на волю уже въ самыхъ малыхъ дозахъ, тогда какъ алкоголь въ малыхъ дозахъ возбуждаетъ двигательные акты, парализуетъ же въ случаѣ большихъ дозъ.

Въ сравненіи съ алкоголемъ, хлороформомъ, эфиромъ, *чай* производитъ болѣе слабое дѣйствіе на психическія отправленія. Самое существенное дѣйствіе его состоитъ въ томъ, что *онъ ускоряетъ ассоціаціи.* Ускореніе начинается очень скоро послѣ употребленія чая, именно уже въ первые четверть часа и продолжается отъ 1—1½ часа. Въ своихъ многочисленныхъ опытахъ Kraepelin нашелъ, что *чай облегчаетъ, какъ*

---

[1]) Kraepelin. l. c. p. 215—216.

[2]) Kraepelin. l. c. pag. 225.

воспріятіе внѣшнихъ впечатлѣній, такъ и сочетаніе представленій; въ тоже время чай не дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на двигательныя отправленія [1]). Слѣдовательно дѣйствіе чая касается только самыхъ высшихъ психическихъ отправленій. Такимъ образомъ дѣйствіе чая совершенно противоположно дѣйствію алкоголя: въ то время, какъ алкоголь *замедляетъ* умственныя отправленія и ускоряетъ двигательныя, чай *ускоряетъ и облегчаетъ воспріятіе впечатлѣній и умственную ихъ переработку*, но замедляетъ превращеніе умственныхъ отправленій въ двигательныя. Благодаря этому послѣднему обстоятельству *весь запасъ энергіи отъ возбужденія чаемъ потребляется на чисто умственные акты.* Но такъ какъ и при обыкновенной умственной работѣ всѣ движенія задержаны и скованы вниманіемъ, и въ силу этого работникъ остается неподвижнымъ; то очевидно, что *чай своимъ дѣйствіемъ лишь усиливаетъ этотъ естественный физіологическій порядокъ вещей.*

Согласно изложенному, средства, дѣйствующія на головной мозгъ могутъ быть расположены въ слѣдуюшіе ряды:

Возбуждаютъ умственные акты:	*Замедляютъ умственные акты:*
Кофеинъ.	Алкоголь.
Кофе.	Эфиръ.
Чай.	Хлороформъ.
Морфій.	Хлоралъ-гидратъ.

Возбуждаютъ двигательные акты:	*Замедляютъ двигательные акты:*
Алкоголь (въ малыхъ дозахъ)	Кофеинъ.
Эфиръ (въ малыхъ дозахъ)	Кофе.
Хлороформъ (въ малыхъ дозахъ)	Чай.
	Эфиръ. (въ большихъ дозахъ)
	Хлороформъ. (въ большихъ дозахъ)
	Алкоголь. (въ большихъ дозахъ)

На представленной таблицѣ видно, что средства, дѣйствующія возбудительно на умственныя и чувственныя отправленія, оказываютъ угнетающее дѣйствіе на двигательные акты и наоборотъ. Многія лѣкарства (алкоголь, морфій и др.) въ большихъ дозахъ, а *бромиды* въ умѣренныхъ дозахъ угнетаютъ *всѣ* нервные процессы. Не найдено однако же такихъ средствъ, которыя бы *возбуждали* одновременно *всѣ* (т. е. умственныя и двигательныя) отправленія головного мозга [2]).

Въ головной мозгъ, какъ въ высшій послѣдній центръ поступаютъ возбужденія, какъ съ периферіи изъ концевыхъ приборовъ, такъ равно

[1]) Kraepelin l. c. pag. 216.
[2]) Kraepelin l. c. pag. 230.

и изъ всѣхъ ниже лежащихъ центровъ, т. е. спинного мозга, продолговатаго, малого мозга, подкорковыхъ узловъ. Всѣ паталогическія возбужденія въ этихъ частяхъ, особенно-же возбужденія въ концевыхъ приборахъ и продолговатомъ мозгу—наиболѣе тягостны, и выражаются чувствомъ *недомоганія* и *нездоровья*. Въ этомъ состояніи всѣ вообще впечатлѣнія становятся непріятными и тягостными: звукъ свѣтъ, мышечное движеніе, сердцебіеніе коротко, всѣ впечатлѣнія, доходящія до мозговой коры, а въ особенности тѣ новыя ощущенія, которыя исходятъ *изъ общаго чувства* и которыя не замѣтны въ здоровомъ состояніи, но крайне тягостны въ болѣзни. Если эти возбужденія не могутъ быть устранены,—то для терапіи остается одинъ путь—*пониженіе возбудимости коры головнаго мозга* съ цѣлью сдѣлать ее менѣе воспріимчивой къ дѣйствію этихъ неустранимыхъ раздраженій. Опытъ показываетъ, что въ весьма многихъ болѣзняхъ приноситъ существенную пользу:

Морфій,	Фенацетинъ,
Кодеинъ,	Салопиринъ,
Хининъ,	Антипиринъ и др.

Эти средства, понижающія возбудимость коры чрезвычайно облегчаютъ больного, успокаиваютъ его, улучшаютъ его самочувствіе и находятъ себѣ по этому заслуженное право на примѣненіе въ всѣхъ случаяхъ, *гдѣ необходимо исправить субъективное состояніе человѣка*. Этимъ средствамъ по преимуществу слѣдуетъ придать наименованіе *наркотическихъ*.

Въ приведенной выше таблицѣ исчислены средства, дѣйствующія *прямымъ путемъ* на отправленія головного мозга; но существуютъ многочисленные *окольные пути* для количественнаго измѣненія дѣятельности головного мозга. Укажемъ важнѣйшія изъ нихъ.

Возбуждающимъ образомъ дѣйствуютъ повидимому всѣ умѣренныя ощущенія, полученныя чрезъ посредство органовъ чувствъ, а именно обонянія, вкуса, слуха, зрѣнія, также кожныя и даже мышечныя ощущенія. Ощущенія увеличиваютъ силу произвольныхъ мышцъ, какъ показали наблюденія Mosso[2]). Такимъ образомъ ощущеніе, напр. умѣренный свѣтъ, умѣренный звукъ (музыки), достигнувъ мозговой коры, повышаютъ возбудимость двигательныхъ областей ея. Такое же дѣйствіе производитъ ощущеніе и на самыя чувственныя области, Такъ, доказано, что, напр. при свѣтовомъ раздраженіи способность уха опредѣлять малѣйшіе звуки становится выше. Такимъ образомъ можно признать, какъ общее правило, что всякаго рода ощущеніе способно повышать силу, какъ двигательныхъ, такъ и чувственныхъ отправленій головного мозга или другими словами—*самая работа головного мозга воз-*

---

[1]) Mosso. Die Ermüdung Leipzig 1892.

вышаетъ его рабочую силу. Въ этомъ, вѣроятно, кроется причина того замѣчательнаго явленія, которое носитъ наименованіе *упражненія*.

Обонятельныя и вкусовыя впечатлѣнія возбуждаютъ аппетитъ и измѣняютъ настроеніе духа. Вещества съ рѣзкимъ запахомъ (Valeriana, Asa foetida) оказываютъ сильное дѣйствіе на возбудимость мозга при истеріи и могутъ устранять судороги, параличи, разстройства чувствительности и пр. Такъ какъ въ этихъ лѣкарствахъ, говоритъ Smiedeberg [1]), не открыто никакихъ дѣйствующихъ началъ, что дѣйствіе ихъ зависитъ исключительно отъ вліянія ихъ запаха на обонятельные центры, а черезъ нихъ на чувствительныя двигательныя области мозговой коры. Тоже наблюдается при раздраженіи кожи. Теплая ванна приводитъ младенца въ пріятное расположеніе духа (Preyer). Освѣженіе лица холодной водой возбуждаетъ не только дыхательный центръ, но, повидимому, въ тоже самое время и корковые центры. Темнота и свѣтъ измѣняютъ расположеніе духа въ противоположныя направленія. Умѣренныя мышечныя движенія доставляютъ удовольствіе не только тѣмъ, что измѣняютъ дыханіе и кровообращеніе, но также и суммой даваемыхъ ими мышечныхъ ощущеній (Спенсеръ).

Такимъ образомъ, вступленіе впечатлѣній извнѣ въ *одинъ* или *нѣсколько* корковыхъ центровъ повышаетъ дѣятельность *многихъ* чувствительныхъ и двигательныхъ центровъ. Наоборотъ лишеніе впечатлѣній (темнота, уединеніе, тишина) понижаетъ возбудимость коры—чѣмъ и пользуются съ цѣлью дать успокоеніе больному. Возбужденія или раздраженія, возникшія межцентральнымъ путемъ, дѣйствуютъ подобно тѣмъ, которые поступили изъ периферіи. Всѣ раздраженія этого рода относятся (согласно принятому нами наименованію) къ разряду воздѣйствій *окольнымъ путемъ*.

Стороннія пути воздѣйствія на головной мозгъ необходимо начать съ изложенія способовъ *измѣнять кровообращеніе*,—къ этой части нашей задачи переходимъ.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

---

[1]) Arzneimittellehre. Leipzig, 1895 pag. 196.

6.

Описаніе и опытное изслѣдованіе случая ERUCTATIONIS NERVOSAE.

А. Кульженко.

(Изъ клиники нервныхъ болѣзней проф. И. А. Сикорскаго).

Въ первыхъ числахъ апрѣля 1896 года въ клинику нервныхъ болѣзней обратился за совѣтомъ мальчикъ еврей, плохо говорящій порусски живущій въ мѣстечкѣ населенномъ бѣдными евреями; жаловался онъ на частую отрыжку, безпокоящую его въ теченіе цѣлаго дня и нѣкоторую боль подъ ложечкой.

Объективное изслѣдованіе отрыжки, бывающей всегда приступами, даетъ слѣдующую картину одного изъ нихъ: среди разговора или въ то время, какъ мальчикъ внимательно что нибудь слушаетъ или дѣлаетъ, вдругъ онъ слегка вытягиваетъ впередъ шею, плотно закрываетъ ротъ и начинаетъ дѣлать одно за другимъ цѣлый рядъ глотательныхъ движеній, постоянно помогая себѣ щечными мускулами, какъ будто ему неизбѣжно нужно что-то проглатывать. Послѣ 5—6 глотковъ раздается рѣзкій, громкій, слышимый изъ другой комнаты, звукъ отрыжки, то однократный, то состоящій изъ двухъ-трехъ слѣдующихъ одинъ за другимъ раздѣляемыхъ или короткимъ усиліемъ послать за одной отрыжкой другую, или раздѣляемые новыми глотками и вздохами. Въ это время ротъ пріоткрывается и черезъ него прорывается струя воздуха безъ всякаго запаха (если больной не принималъ внутрь пахучихъ веществъ) съ напоромъ, который значительно колеблетъ пламя спички, иногда гаситъ ее. Звукомъ отрыжки всегда заканчивается приступъ, за которымъ слѣдуетъ ровное дыханіе безъ всякихъ намековъ на глотаніе; какъ только появляется глотокъ — это значитъ пауза окончилась и новый приступъ наступилъ.

Изъ видимыхъ мышцъ участвуютъ въ приступѣ кромѣ мышцъ рта еще мышцы брюшной стѣнки, дѣятельность которыхъ появляется только къ концу приступа. Ощупываніе области желудка, подтверждая это, позволяетъ еще чувствовать подъ рукой неясные толчки отъ сокращающагося желудка и бурное переливаніе въ немъ жидкости. Выслушивать же можно въ желудкѣ громкое бурленіе и клокотаніе вслѣдъ за всякимъ глоткомъ точно также, какъ и въ моментъ отрыжки. Во время приступа не наблюдается рѣзкихъ, субъективно непріятныхъ ощущеній: мальчикъ заявляетъ, что чувствуетъ только небольшую боль, «жженіе» подъ ложечкой; существуетъ она вообще постоянно, немного усиливаясь при длинныхъ приступахъ, связанныхъ съ рѣзкой отрыжкой.

Изъ этого описанія, намъ кажется, явствуетъ, что здѣсь дѣло идетъ не объ отрыжкѣ, встрѣчаемой часто и имѣющей только диспептическое происхожденіе, но объ отрыжкѣ, составляющей часть припадка, всегда начинающагося рядомъ глотательныхъ актовъ и разрѣшающагося одной или рядомъ отрыжекъ. Такихъ припадковъ въ первые дни наблюденія больного мы могли насчитать 45 въ четверть часа, что составляетъ 180 въ часъ или 3 въ минуту. Многочисленныя кривыя, снятыя разновременно съ больного, показываютъ, что число глотковъ въ одномъ приступѣ бываетъ отъ 5 и до 12 и болѣе, а число отрыжекъ отъ 1 до 5. Въ такомъ случаѣ если возьмемъ среднее—8 глотковъ и 3 отрыжки въ приступѣ, то получимъ, что нашъ больной производилъ въ одинъ часъ 1440 глотковъ и 540 отрыжныхъ звуковъ. Неудивительно, что не испытывая особенной болѣзненности при отрыжкѣ, больной тѣмъ не менѣе настойчиво ищетъ средствъ избавиться отъ нея.

Одной изъ существенныхъ чертъ приступовъ была ихъ періодичность. Сосчитываемые въ продолженіе десятиминутнаго времени они давали одно и тоже число (съ незначительной разницей) въ различныя времена дня; но число ихъ изо дня въ день мѣнялось. Если въ одинъ день каждые 10 минутъ было 29—30 приступовъ, то на другой день или 25 или 22 и т. д. Вполнѣ правильной періодичности, въ смыслѣ совершенно одинаковыхъ промежутковъ времени между каждыми изъ двухъ приступовъ, не было да и не могло быть, потому что послѣдніе являются сложнымъ явленіемъ и постороннія вліянія, производя хоть ничтожныя измѣненія въ приступахъ, уже вліяютъ неблагопріятно на совершенство періодичности ихъ. По приложеннымъ кривымъ, читатель можетъ судить о періодичности приступовъ, о частотѣ ихъ и о числѣ глотательныхъ актовъ и звуковыхъ отрыжекъ въ приступѣ. (Данныя кривыя сняты въ тѣ дни, когда частота отрыжекъ была 37 приступовъ и менѣе въ четверть часа). (Табл. I, рис. 1, 2. 3).

Отрыгиваетъ больной въ теченіе цѣлаго дня; ночью, и вообще когда спитъ, отрыжки не бываетъ. При этомъ надо замѣтить, что когда онъ находится въ горизонтальномъ положеніи, то для отрыгиванія долженъ принимать сидячее, чтобы избѣжать болѣзненности, появляющейся подъ ложечкой и въ окружности въ томъ случаѣ, когда онъ отрыгиваетъ лежа. Нѣкоторыя занятія, требующія отъ него вниманія и которыя онъ дѣлаетъ охотно, вліяютъ на отрыжку, уменьшая значительно число приступовъ. Къ нимъ относится молитва, игра съ дѣтьми, чтеніе. Упомянемъ, что душевныя волненія никакого вліянія на частоту отрыжки не оказывали; это наблюденіе самого больного до нѣкоторой степени провѣренное нами. Родъ употребляемой больнымъ пищи и питья и количество ихъ не оказываютъ существеннаго вліянія на отрыжку; самый же процессъ ѣды дѣйствуетъ такъ, что число приступовъ до того уменьшается, что часто совсѣмъ не бываетъ отрыжекъ. (Для нѣкоторыхъ изъ нашихъ выводовъ цифры будутъ приведены ниже). Какъ бы медленно ѣда не продолжалась, какъ напр. при щелканіи орѣховъ, сѣмячекъ отрыжекъ въ это время не замѣчается Относительно медленнаго проглатыванія воды нельзя было замѣтить, чтобы въ это время отрыжка была рѣже. Куреніе уменьшаетъ отрыжку, но мало. Больной заявилъ, что голодъ усиливаетъ отрыжку. Повѣрка показала, что частота не увеличивается при голодѣ; въ такомъ случаѣ «усиленіе», относится къ обостренію непріятнаго ощущенія подъ ложечкой.

Усиливаетъ отрыжку и увеличиваетъ число приступовъ полное воздержаніе отъ отрыжки. За приказаніемъ не отрыгивать совершенно, слѣдовала длинная пауза, равная приблизительно времени двухъ приступовъ; за то послѣ наступалъ рядъ неудержимыхъ приступовъ, быстро слѣдующихъ одинъ за другимъ. При этомъ болѣзненное чувство жженія подъ ложечкой было очень рѣзко и тяготило больного; оно тотчасъ прекращалось вслѣдъ за непринужденной отрыжкой больного, оставаясь въ видѣ очень слабаго посторонняго ощущенія. Если воздержаніе требовалось послѣ пріема твердой или жидкой пищи, то въ разгарѣ отрыжки возвращались въ ротъ части принятой пищи.

Глотаніе постоянно предшествовало отрыжкѣ, при воздержаніи же отъ приступа обыкновенно глотковъ не было при первой отрыжкѣ, далѣе же они появлялись снова. Воздерживаться только отъ глотанія больной могъ такимъ образомъ, что число глотковъ было меньше и появленіе ихъ было непослѣдовательно. На предложенный вопросъ, зачѣмъ онъ глотаетъ, больной отвѣтилъ, что такъ онъ чувствуетъ будто отрыжка совершается легче.

На этомъ мы заканчиваемъ описаніе отрыжки, какъ она представляется наблюденію и переходимъ теперь къ изысканію причины ея

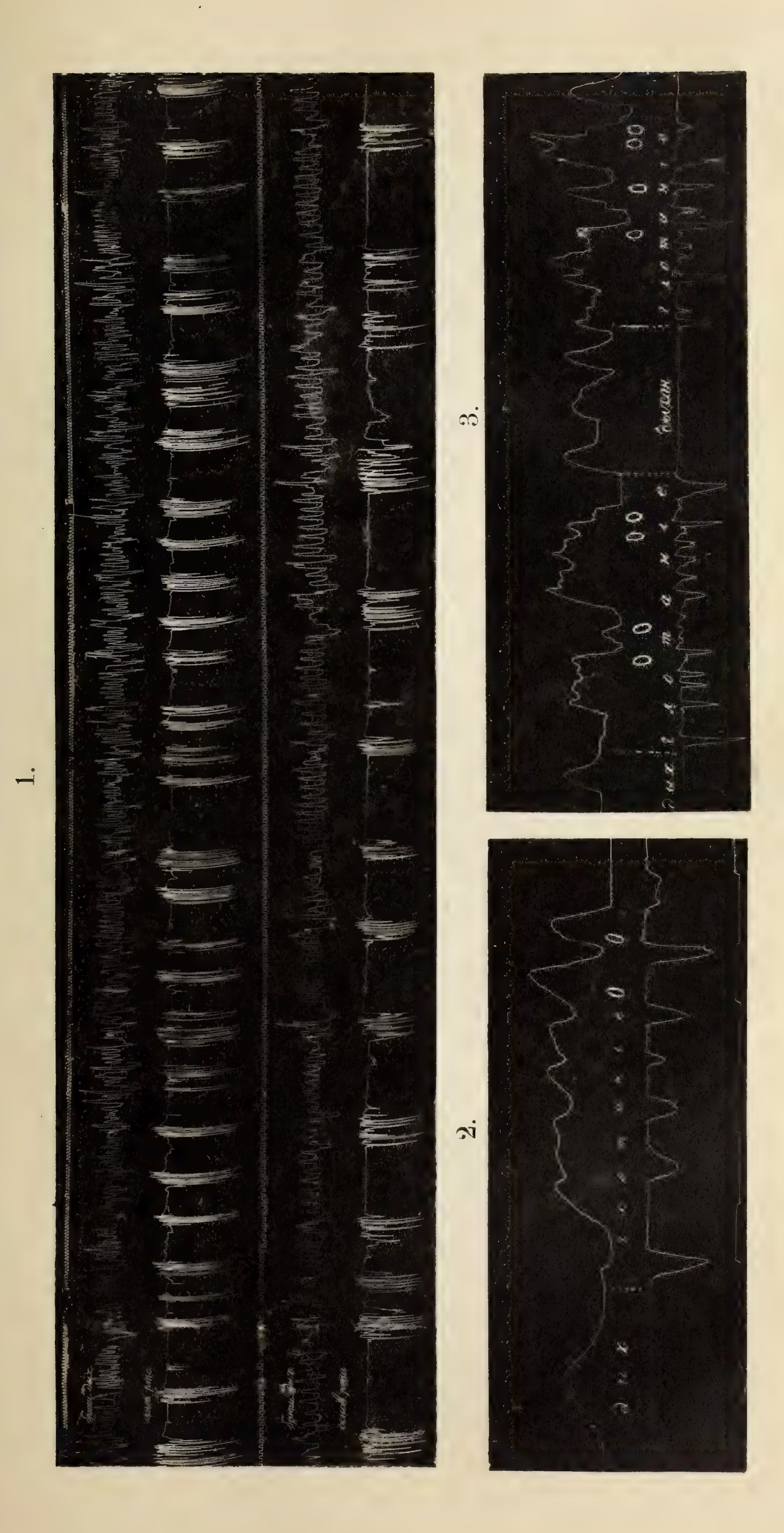
ТАБЛИЦА I.

Рис. 1. Кривыя частоты приступовъ и періодичности ихъ. Изъ шести кривыхъ, три верхнія писаны изохронно, также какъ и три нижнія; различіе между тѣми и другими въ быстротѣ движенія барабана: при верхнихъ одинъ оборотъ барабана (весь рисунокъ) совершался въ $1/4$ часа, при нижнихъ въ 8 минутъ. На двухъ кривыхъ времени каждая секунда отмѣчается частицей горизонтальной линіи. Подъ этими расположены кривыя брюшного дыханія, гдѣ подъемъ кривой подъ абсциссой означаетъ вздохъ; очень крутой подъемъ—сильный вздохъ отъ сокращенія діафрагмы при отрыжномъ движеніи, чему соотвѣтствуетъ и звукъ отрыжки. Подъ этими—кривыя глотанія, гдѣ сокращеніе мышцъ основанія рта показывается выталкиваніемъ кривой внизъ; возвращеніе ея къ абсциссѣ—возвращеніе мышцы изъ сокращеннаго состоянія въ нормальное; то и другое вмѣстѣ составляютъ глотокъ. Въ верхней части рисунка 32 приступа, въ нижней 14, для большей ясности вышесказаннаго приводятся слѣд. рисунки.

Рис. 2. Скорость барабана—1 оборотъ въ 22 секунды. На этой части рисунка перо писало втеченіе 10 секундъ, что видно изъ кривой скорости, идущей внизу рисунка: всякая горизонтальная часть въ ней отмѣчаетъ секунду. Кривыя пишутъ изохронно. Верхняя кривая—брюшное дыханіе, вздохъ отмѣчается поднятіемъ пера; нижняя—движенія основанія рта, гдѣ при сокращеніи (глоткѣ) перо чертитъ внизъ. При спокойномъ дыханіи основаніе рта пишетъ горизонтальную линію. Начинается приступъ глоткомъ, соотвѣтственно чему измѣняется и дыханіе. Въ данномъ приступѣ глотокъ оказался внизу выдоха; затѣмъ небольшая пауза въ глотаніи, далѣе второй глотокъ третій и такъ далѣе безъ промежутковъ. Можно видѣть, что вслѣдъ за глоткомъ идетъ поднятіе пера въ дыханіи, т. е. вздохъ. Къ концу приступа подъемъ круче и выше другихъ, что означаетъ сокращеніе діафрагмы помогающей судорогѣ желудка. Въ этотъ именно моментъ слышится звукъ отрыжки (О). Затѣмъ паденіе пера отъ разслабленія діафрагмы; еще глотокъ и снова сокращеніе діафрагмы отрыжка, т. е. поднятіе пера; затѣмъ разслабленіе мышцъ и опущеніе пера, приступъ оконченъ, начинается обыкновенное дыханіе.

Рис. 3. Другое распредѣленіе отрыжекъ въ приступѣ, въ каждомъ ихъ 4. Въ первомъ глотаніе приходится внизу выдоха, во второмъ вначалѣ его. Послѣ перваго глотка маленькая пауза, затѣмъ рядъ глотковъ безъ перерыва. Неэнергичная отрыжка (О) въ первомъ приступѣ, если волна сокращенія діафрагмы (при сокращенномъ желудкѣ) нерѣзко выдается надъ другими; слѣдующее затѣмъ паденіе кривой тоже не велико. Все это рѣзче выражено въ окончательной отрыжкѣ второго приступа.

T. I.



и возможному объясненію ея механизма. Понятно, что дальнѣйшее изслѣдованіе больного мы будемъ производить съ двухъ точекъ зрѣнія: со стороны его пищеварительной дѣятельности, по преимуществу дѣятельности желудка, и со стороны отправленій нервной системы. Вотъ данныя объективнаго изслѣдованія, сначала общія, а затѣмъ въ отношеніи намѣченныхъ направленій.

Больной небольшого роста, умѣреннаго тѣлосложенія, не сильно, скорѣе слабовато упитанъ. Развитіе костнаго скелета совершается повидимому правильно, мускулатура развита удовлетворительно; подкожно-жирнаго слоя небольшое количество. По цвѣту кожа желтовата, какъ бы слегка загорѣвшая, рубцовъ и пятенъ не встрѣчается (кромѣ слѣдовъ одного прижиганія Пакеленомъ). При внимательномъ осмотрѣ кожи брюшной стѣнки можно видѣть на ней 5 линейныхъ морщинокъ, идущихъ горизонтально только черезъ брюшную стѣнку съ одной половины тѣла на другую. 3 изъ нихъ, болѣе короткія (отъ краевъ реберъ одной стороны до краевъ другой стороны) расположены выше пупка, своимъ прохожденіемъ черезъ бѣлую линію дѣлятъ часть ея отъ processus ensiformis до пупка на четыре съ половиной приблизительно равныхъ части, 2 идутъ ниже пупка, также дѣля бѣлую линію, при чемъ нижняя, не строго горизонтальная даетъ выгибъ къ своей срединѣ, соотвѣтственно бѣлой линіи. Кожа всюду на животѣ, захватываемая пальцами, даетъ между ними складку въ видѣ валика, здѣсь-же надъ морщинками она поднимается валикомъ съ раздвоенной вершиной, что объясняется углубленіемъ морщинки. Видимыя слизистыя оболочки окрашены умѣренно. Подчелюстныя железы прощупываются величиной въ крупную горошину, паховыя слегка прощупываются, остальныя не прощупываются.

Изслѣдованіе желудочнаго пищеваренія. При горизонтальномъ положеніи больного область желудка представляется немного впавшей по сравненію съ рельефомъ реберъ, вообще же животъ нельзя назвать впалымъ. Различить глазомъ какія-нибудь движенія желудка неудается; видны только сокращенія брюшной стѣнки. Осмотръ полости рта не указываетъ на что-нибудь патологическое. Языкъ умѣренно влаженъ, безъ налета. Величина и положеніе желудка опредѣлялось способомъ раздуванія желудка по Frerichs'у, при чемъ нижняя граница выстукивалась на 5 центиметровъ выше пупка, высшая точка купола дна желудка простукивалась на 5 ребрѣ. Давленіе пальцемъ на разныя мѣста желудка въ томъ числѣ въ области болевыхъ точекъ Burkhardt'а и точекъ Rosenthal'я не обнаружило повышенной чувствительности желудка. Больному былъ данъ пробный завтракъ по Ewald'у, и черезъ часъ выкачано желудочное содержимое, котораго было около $^3/_4$ стакана; цвѣтъ его желтовато-сѣрый, консистенція жидкая съ ничтожнымъ количествомъ слизи

и творожистымъ осадкомъ. Запахъ слабый, сладковатый. Реакція содержимаго рѣзко-кислая, присутствіе соляной кислоты опредѣлилось реакціей на бумажку конго, реактивомъ Günzburg'a и тропеолиномъ, при чемъ отсутствіе молочной кислоты можно допустить изъ пробы Uffelmann'a давшей отрицательный результатъ. Количественное опредѣленіе кислотности по Ewald'y дало 65, т. е, о. 24% pro mille соляной кислоты. Это количество находится въ предѣлахъ нормы, но тамъ уже гдѣ небольшая прибавка говорила-бы за увеличеніе содержанія соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ. Подъ микроскопомъ видно было, что часть крахмальныхъ зеренъ (приблизительно половина) была переварена, часть же представляла разныя степени слоистости. Здѣсь же наблюдается умѣренное количество дрожжевыхъ грибковъ, другихъ бактерій почти не замѣчается.

Опредѣленіе двигательной способности желудка помощью Salol'a не обнаружило замѣтной слабости: фіолетовое окрашиваніе въ мочѣ появлялось черезъ 1¼ часа по (Ewald'y). Всасываемость тоже не измѣнена: по способу Penzoldt'a опредѣлялось появленіе іода въ слюнѣ черезъ ¼ часа.

Вздутія кишекъ нѣтъ, больной не жалуется ни на запоры, ни поносы, болей въ животѣ нѣтъ. Аппетитъ хорошъ.

Такимъ образомъ изслѣдованіе пищеварительной дѣятельности желудка показываетъ намъ, что существенныхъ отступленій отъ нормы отмѣтить нельзя. Этого можно было ожидать изъ того факта, что отрыжка всегда была безъ запаха и только послѣ обѣда нѣкоторое время слышался запахъ съѣденнаго хлѣба или чего нибудь другого, что давало запахъ, напр. чеснока. Но съ другой стороны больной жалуется на жженіе подъ ложечкой, то самое, которое часто является спутникомъ диспепсіи или hyperaciditatis. Его мы можемъ объяснить сокращеніями желудка, вызывающими это непріятное ощущеніе; и дѣйствительно, почему это жженіе достигаетъ вдругъ сильной степени когда больной удерживается отъ отрыжки и сразу проходитъ какъ только онъ отрыгнетъ? Очевидно дѣло не въ разстройствѣ желудочнаго пищеваренія, а въ боляхъ, вызываемыхъ сокращеніями желудка.

Изслѣдованіе нервной системы. Сила всѣхъ мышечныхъ группъ удовлетворительна, быстрой утомляемости незамѣтно, ригидности тоже. Движенія въ суставахъ свободны и безболѣзненны. Походка отчетливая, легкая. Чувствительность всѣхъ видовъ безъ измѣненія, мышечное чувство тоже. Давленіе на периферическіе нервы неболѣзненно. Не удается вызвать рѣзкой боли постукиваніемъ по головѣ и позвоночнику или надавливаніемъ на болевыя точки головы и желудка (объ этомъ упомянуто выше). Вообще ни съ одной доступной изслѣдованію части

тѣла не удалось вызвать боли давленіемъ или щекотаніемъ, не удалось также вызвать рефлекторную отрыжку.

Брюшные рефлексы очень живы, глоточный умѣренно выраженъ, остальные вмѣстѣ съ рефлексами сухожилій хорошо выражены, зрачковые и растительные рефлексы—дефекація, мочеиспусканіе, erectio—тоже. Кожа не потлива, сосудодвигатели въ порядкѣ, спазма сосудовъ нѣтъ. Рѣчь безъ недостатковъ. Обоняніе не совсѣмъ отчетливое, но одинаковое съ обѣихъ сторонъ, зрѣніе нормально, поле зрѣнія не съужено. Движенія глазъ правильны, вкусъ не измѣненъ; въ дыханіи, глотаніи, пульсѣ, движеніи языка—никакихъ неправильностей. Мимика симметричная, психика ничего патологическаго не представляетъ; нѣтъ раздражительности, склонности къ плачу или смѣху. Изслѣдованіе мочи показало нѣсколько увеличенное суточное количество мочи 1600,0—1900.0 и сообразно съ этимъ небольшой удѣльный вѣсъ 1010—1009. Ненормальныхъ составныхъ частей не найдено.

Анамнезъ. Теперь пополнимъ всѣ наши свѣдѣнія распросомъ больного и его отца.

Никакой серьезной наслѣдственности отмѣтить нельзя. Дѣдъ былъ вспыльчивъ. Отецъ горячаго характера, не пьетъ, какія бы то ни было хроническія болѣзни отрицаетъ. Мать больного здорова, всѣ 8 дѣтей ея здоровы, выкидышей не было.

Самъ больной былъ третьимъ ребенкомъ по рожденію, въ дѣтствѣ былъ здоровъ, легко перенесъ корь. Года два назадъ бывали изрѣдка головныя боли, еще рѣже поносы, всегда объяснявшіеся неправильнымъ пріемомъ пищи. Въ школѣ учился удовлетворительно и теперь понятливъ въ работѣ; характера спокойнаго, пугливостью не отличается, послушенъ, добръ. Отрицаетъ излишества въ пищѣ и питьѣ также какъ и онанизмъ; изрѣдка покуриваетъ.

Послѣдніе три года онъ работалъ ученикомъ у слесаря въ деревнѣ. 8-го января 1896 года, за 3½ мѣсяца до появленія его у насъ, хозяинъ послалъ его за покупкой въ мѣстечко, расположенное въ 3-хъ верстахъ отъ дома. Ничего особеннаго въ дорогѣ не случилось, мальчикъ былъ послѣ обыкновеннаго обѣда. Проходя улицей, онъ отрыгнулъ одинъ разъ и не придалъ этому значенія; минутъ черезъ пять еще, потомъ чаще и чаще, такъ что вечеромъ на другой день отецъ могъ замѣтить, что отрыжка была разъ 10 въ минуту, по его словамъ чаще чѣмъ теперь. Первые 3 дня онъ отрыгивалъ также безъ всякаго запаха, во всякое время дня, но, по словамъ отца, тогда не замѣчалось глотанія. На 4-й день прибавилось глотаніе и если больной удерживался отъ него, то отрыжка безпокоила гораздо больше. И отъ отрыжки онъ не могъ удержаться. Недѣли черезъ двѣ отрыжка стала появляться рѣже и было одно время—дней 10, когда ея совсѣмъ не

было, по словамъ отца. Потомъ она возобновилась, но еще было три дня, когда она временно почти прекратилась. По своему характеру онѣ все время походила на то, какъ это описано вначалѣ.

Такимъ образомъ никакихъ существенныхъ указаній на природу нашей сложной судороги изслѣдованіе не дало. Есть намеки на истерическое происхожденіе: прекращеніе судороги въ нѣкоторые часы дѣятельности, въ нѣкоторые дни, жидкая моча въ большемъ противъ нормы количествѣ. Но эти данныя слишкомъ малы, чтобы дать поводъ считать судорогу симптомомъ истеріи или развившейся на ея почвѣ. Между тѣмъ, подобныя указанія я нашелъ, какъ общее мѣсто въ той бѣдной литературѣ, которую могъ достать. Кромѣ зависимости отъ истеріи и неврастеніи нѣкоторые авторы ставятъ отрыжку въ связь съ разстройствомъ желудочно-кишечной дѣятельности, указывая на излеченіе послѣ исправленія этой дѣятельности (Пономаренко). Изъ литературы, которая, къ сожалѣнію, не могла мнѣ дать руководящей нити въ дальнѣйшемъ изслѣдованіи, я могъ почерпнуть слѣдующее.

Ewald говоритъ, что могъ глотать въ большомъ количествѣ воздухъ въ пищеводъ и отрыгивать его. Такую eructationem oesophageam наблюдали Jaworski и др. Это не подходитъ къ нашему случаю, такъ какъ у насъ дѣло касается желудка, а не пищевода; подтверждается это ощупываніемъ и аускультаціей и тѣмъ, что данная внутрь въ капсулѣ t-ra Menthae появлялась не сразу въ отрыжкѣ, а спустя минуту, другую, давая чувствовать въ отрыжкѣ свой запахъ.

Oser объясняетъ механизмъ отрыжки такимъ образомъ, что желудокъ, сокращаясь при работѣ поперечныхъ волоконъ, уменьшается въ объемѣ, а затѣмъ, когда сокращаются продольныя волокна, расширяется и увеличивается. Благодаря послѣднему онъ дѣйствуетъ присасывательно на внѣшній воздухъ и черезъ нѣсколько раскрытую cardiam послѣдній поступаетъ въ желудокъ, какъ это бываетъ въ случаѣ пузыря, изъ котораго выдавили воздухъ, а послѣ вновь распрямляютъ его. Воздухъ,— объясняетъ Oser, поступаетъ или незамѣтно, или въ пищѣ, иногда при глотаніи.

Bouveret [1]) объясняетъ причину отрыжки спазмомъ глотки, благодаря которому воздухъ поступаетъ и помимо глотательныхъ движеній черезъ ротъ, направляясь въ пищеводъ. Мало того, при подобной циркуляціи воздуха, онъ случайно можетъ попадать въ желудокъ и вызывать отрыжку.

---

[1]) Les maladies de l'estomac. 1893.

Stiller[1]), допуская механизмъ отрыжки описанный Weisgerber'омъ, гдѣ играетъ роль сокращенія желудка и брюшного пресса, запираніе cardiae и верхней части пищевода, и наконецъ, отрицательное давленіе грудной полости, придаетъ главное значеніе ритмическому разслабленію cardiae.

Если даже и такъ понимать механизмъ отрыжки, то все же это не удовлетворяетъ всецѣло наблюдателя. Какого происхожденія судорога, почему глотаніе такъ тѣсно связано съ отрыжкой? Есть еще случай Cartillieri, гдѣ отрыжка повторялась 2.500 разъ въ часъ. Мнѣ не удалось достать журналъ, гдѣ помѣщено описаніе этого случая.

Не находя въ литературѣ указаній на то, какого направленія держаться въ дальнѣйшемъ наблюденіи случая, мы попробовали рѣшить вопросъ, не зависятъ-ли наблюдаемые приступы отъ раздраженія слизистой оболочки желудка и его стѣнки? Для этого были сдѣланы слѣдующія повѣрочныя испытанія.

Температура. При почти пустомъ желудкѣ больной принялъ внутрь $1^1/_2$ стакана горячей воды, 54°С. Больному было сказано наклониться нѣсколько разъ въ стороны, чтобы вода омыла стѣнки желудка, и затѣмъ черезъ минуту опредѣлялось число отрыжекъ при нагрѣтомъ состояніи желудка.

До пріема воды было въ $1^2/_3$ минуты 5 приступовъ, слѣдовательно въ 10 мин.—30 приступовъ.

Черезъ минуту послѣ пріема было въ	$1^2/_3$	мин.	7	прист.
въ слѣдующ.	$1^2/_3$	»	6	»
»	$1^2/_3$	»	4	»
»	$1^2/_3$	»	3	»
»	$1^2/_3$	»	4	»
»	$1^2/_3$	»	5	»

Въ общемъ за всѣ 10 минутъ было 29 приступовъ.

Разница между первыми приступами и слѣдующими была только въ томъ, что первые были нѣсколько длиннѣе.

Въ другой разъ при такомъ же состояніи желудка даны были больному $1^1/_2$ стакана холодной воды 4° С.

До пріема воды было въ $1^2/_3$ мин. 6 прист. или въ 10 мин.—36.

Черезъ минуту послѣ пріема въ	$1^2/_3$	мин.	9	приступовъ.
въ слѣдующія	»	»	7	»
»	»	»	6	»
»	»	»	6	»
»	»	»	6	»
»	»	»	6	»

[1]) Die nervösen Magenkrankheiten 1884.

Въ общемъ, за всѣ 10 минутъ было 40 приступовъ.

Какъ и въ томъ случаѣ первые приступы были длиннѣе.

Растяженіе желудка. Въ небольшомъ количествѣ воды больному было дано 4.0 Natri bicarbonici, а затѣмъ 4.0 Acidi tartarici. Больной оставался въ полулежачемъ положеніи и уже поэтому одному чувствовалъ усиленное непріятное ощущеніе съ болью въ области желудка.

До пріема было въ 10 мин. 25 приступовъ.

Послѣ пріема было въ 10 мин. 30 приступовъ.

Еще $^1/_4$ часа спустя было въ 10 мин. 27 приступовъ.

О характерѣ приступовъ нельзя ничего сказать, такъ какъ больной былъ мало доступенъ наблюденію.

Эфиръ внутрь. Въ сухой желатиновой капсулѣ было дано больному 20 капель tincturae menthae; тоже при мало наполненномъ желудкѣ.

До пріема было въ 10 мин. 19 приступовъ.

Послѣ пріема было въ 10 мин. 20 приступовъ.

Первые приступы были непріятны больному и продолжительнѣе; число звуковыхъ отрыжекъ больше. Остальные какъ обыкновенно.

Гальванизація желудка. Желудочная область подвергалась дѣйствію гальваническаго тока черезъ два электрода, поверхностью въ 50 кв. цент. Располагались—одинъ въ области fundi, другой—partis piloricae. Направленіе тока мѣнялось 2 раза. Сила тока 3 М.А.

До гальванизаціи въ 10 мин. 23 приступа.

Во время гальванизаціи въ 10 мин. 21 приступъ.

Послѣ гальванизаціи въ 10 мин. 22 приступа.

Потомъ тѣ же электроды, К на средину желудка, А на затылокъ.

До гальванизаціи въ 10 мин. 22 приступа.

Во время гальванизаціи въ 10 мин. 22 приступа.

Послѣ гальванизаціи въ 10 мин. 23 приступа.

Фарадизація. Тѣ же электроды ставились—одинъ на область дна, другой на область привратника желудка. Разстояніе катушекъ было 70,0 mm.

До фарадизаціи было . . .	въ $1^2/_3$	мин. 4.6,	въ 10	мин.	26	припад.
Во время фарадизаціи . . .	» $1^2/_3$	» 5.6,	» 10	»	32	»
Тотчасъ послѣ фарадизаціи ,	» $1^2/_3$	» 4.6,	» 10	»	26	»

Токъ дѣйствовалъ на желудокъ нѣсколько разъ перерывами; можно судить по кривымъ, что во время дѣйствія, кромѣ учащенія приступовъ, было еще значительное удлиненіе приступовъ, съ увеличеннымъ числомъ отрыжекъ, такъ что разстоянія между приступами укорачивались. Только что токъ переставалъ дѣйствовать, какъ разстоянія увеличивались и въ первыхъ двухъ приступахъ можно было отмѣтить только длительность

ихъ, а въ слѣдующихъ и этого уже не было, все возвращалось къ прежнему состоянію.

Франклинизація. Больной садился на уединенную скамью снималъ съ себя рубашку, и мы въ теченіе 5 мин. выводили изъ области желудка искры, величиной отъ 1 до 3 центиметровъ съ значительнымъ трескомъ.

До франклинизаціи. . . .	было въ 5 мин.	10 приступовъ,
	было въ 10 мин.	20 приступовъ.
Во время франклинизаціи	было въ 5 мин.	11 приступовъ.
	было въ 10 мин.	22 приступа.
	Всего въ 10 мин.	28 приступовъ.
Слѣдующіе послѣ франклинизаціи .	въ 5 мин.	16 приступовъ.
Еще слѣд. » » .	въ 5 мин.	12 приступовъ.

Больной все время выведенія искръ былъ взволнованъ, старался уклониться отъ операціи, особенно къ концу 5 минутъ.

По окончаніи извлеченія искръ, онъ сидѣлъ на скамейкѣ электризуясь въ теченіе 10 минутъ, при чемъ умножившіеся въ первые минуты приступы стали рѣдѣть и возвращаться къ первоначальному состоянію.

Кислота внутрь. Больному было дано въ небольшомъ количествѣ воды 2.0 Acidi tartarici.

До пріема было	въ 10 мин.	22	приступа.
Черезъ 2 минуты послѣ пріема .	» 10 »	18	»
Четверть часа спустя	» 10 »	20	»

Первую минуту послѣ пріема больной очень морщился отъ рѣзкаго кислаго вкуса. Самочувствіе нѣсколько ухудшилось отъ усиленія непріятнаго ощущенія подъ ложечкой.

Щелочь внутрь. Принята была больнымъ 4.0 Natri bicarbonici въ небольшомъ количествѣ воды.

До пріема . . ,	было въ $1^2/_3$ м.	4,	было въ 10 мин.	24 прист.
Черезъ 2 м. послѣ	» »	» 3.3	» 10 »	20 »
$^1/_4$ часа послѣ было бы	»	» 4.3	» 10 »	26 »

При этомъ надо отмѣтить, что количество отрыжекъ было увеличено противъ обыкновеннаго (на этотъ разъ и до пріема отрыжки встрѣчались въ приступѣ по 3—4 раза, такъ что сода только лишь не уменьшила числа отрыжекъ въ приступѣ). Тѣмъ не менѣе самочувствіе больного было лучше въ смыслѣ отсутствія непріятнаго ощущенія подъ ложечкой.

Въ нашихъ испытаніяхъ были слѣдовательно примѣнены термическіе, механическіе, электрическіе и химическіе раздражители стѣнки желудка и заложенныхъ въ ней чувствительныхъ окончаній. Конечно, образъ дѣйствія нѣкоторыхъ изъ нихъ могъ быть сложенъ: такъ,

напр. горячая вода могла дѣйствовать и термически, и механически, благодаря своей тяжести, tinctura Menthae кромѣ химическаго вліянія могла растяженіемъ желудка оказывать и механическое. Еслибъ мы получили положительный результатъ отъ испытаній, то были бы въ затрудненіи, какому изъ двухъ вліяній приписать перемѣну въ приступахъ. Однако, подводя итогъ вышеприведенному, мы видимъ, что ни одно изъ раздраженій не оказало существеннаго вліянія на сложную судорогу. Въ началѣ дѣйствія нѣкоторыхъ изъ раздражителей, въ особенности субъективно рѣзкихъ, замѣчалось учащеніе приступовъ и перемѣна въ характерѣ ихъ; все это однако держалось весьма коротко, прекращаясь уже тогда, когда раздражитель еще продолжалъ оказывать свое дѣйствіе. Намъ не приходится во всѣхъ вышеприведенныхъ операціяхъ исключить возможность рефлекторнаго вліянія со стороны желудка на центры продолговатого мозга и другіе вышележащіе. Быть можетъ только этимъ и надо объяснить нѣкоторое измѣненіе въ приступахъ при раздраженіи желудка. Слѣдующими испытаніями мы попробовали провѣрить наше предположеніе; въ нихъ мы пользовались сильными раздражителями периферіи тѣла, разсчитывая на то, что путемъ рефлекса они произведутъ измѣненія въ работѣ центровъ.

Холодъ на спину. На обнаженную спину распылялся эфиръ, отъ полуминуты до полуторы минуты.

До охлажденія было въ $1^2/_3$ мин. 5 прист., въ 10 мин. 30 приступ.
Во время охлажд. было въ $1^2/_3$ мин. 6.6 пр., въ 10 м. было бы 40 пр.
Послѣ охлажденія было въ $1^2/_3$ мин. 5 пр., въ 10 мин. было бы 30 пр.

Не столько на частотѣ, сколько на качествѣ приступовъ отражалось охлажденіе. Отрыжныя движенія не были очень часты и сильны, при этомъ во время паузъ замѣчалась усиленная работа вдыхателей; самыя же паузы, будучи очень короткими, указывали тѣмъ на длительность приступовъ.

Прижиганіе. Производилось оно аппаратомъ Пакелена, быстрыми прикосновеніями вдоль позвоночника.

До прижиганія было въ 10 мин. 30 приступовъ.
Послѣ » » 10 » 30 »

Измѣненій во время прижиганія подмѣтить не удалось, можетъ быть потому, что самая операція продолжалась очень недолго, 10—15 секундъ.

Фарадизація большого нерва. Въ точкѣ, гдѣ возбуждается nervus ichiadicus былъ поставленъ электродъ въ 10 квад. цент. поверхностью, большой же электродъ на поясницу. Разстояніе катушекъ 60 mm.

До раздраженія . въ 10 мин, 14 приступовъ.
Послѣ раздраженія въ 10 » 15 »

Во время раздраженій, которыя были кратковременны, можно было отмѣтить удлиненіе приступовъ и учащеніе отрыжныхъ движеній въ нихъ. Частота приступовъ повидимому не мѣнялась.

Изъ этихъ фактовъ мы видимъ, что разъ дѣйствуетъ раздраженіе на периферіи тѣла, то болѣе или менѣе измѣняется и работа центра—въ смыслѣ учащенія приступовъ или удлиненія ихъ. Отнято раздраженіе, и все начинаетъ итти попрежнему. Это склоняетъ насъ въ пользу высказаннаго предположенія, что *не въ раздраженіи чувствительныхъ окончаній желудка лежитъ источникъ описываемой сложной судороги.*

Естественнымъ выводомъ изъ вышесказаннаго будетъ то, что исходная точка судороги находится гдѣ нибудь въ центрахъ нервной системы. Дѣйствуя въ принятомъ нами направленіи мы стали подвергать больного вліянію такихъ дѣятелей, которые по преимуществу поражаютъ нервные центры.

Гальванизація головы. Большіе электроды, въ 100 кв. цент., ставились одинъ,—К на затылокъ, другой—А на лобъ. Токъ пропускался въ теченіе 5-ти минутъ, силой въ 2 МА.

До гальванизаціи	въ 5 мин.	былъ 1 прист.,	въ 10 мин.	2 прист.
Во время	»	— » »	3,5 »	—	7 »
Послѣ гальванизаціи	въ 5 мин.	»	1 прист.	въ 10 мин.	2 прист.

Дурныхъ субъективныхъ ощущеній больной не испытывалъ совершенно.

Лѣкарственныя вещества. Morphinum sulfuricum былъ впрыснутъ подъ кожу въ количествѣ 1/10 грана.

До впрыскиванія было въ 10 мин. 16 приступовъ. Эта небольшая доза вызвала очень быстро угнетеніе (черезъ минуту, другую) безъ предшествовавшихъ симптомовъ возбужденія, при чемъ картина была не совсѣмъ такая, какъ это обыкновенно наблюдается, а именно: головокруженіе, потемнѣніе сознанія съ апатіей, (зрачки, казалось, не были съужены), пульсъ слабъ, дыханіе учащенное и очень поверхностное.

Въ первое время дѣйствія Morphini отрыжка совсѣмъ не наблюдалась.

Съ жалобой на слабость и невозможность дышать больной былъ выведенъ на свѣжій воздухъ. Постепенно явленія отравленія начали проходить и полчаса спустя насчитывалось въ 10 мин. 8 прист.

3/4 часа	»	»	6 »
Вечеромъ того-же дня		»	10 »

По кривымъ можно было видѣть, что кромѣ небольшого числа приступовъ они еще значительно были укорочены.

Atropinum sulfuricum былъ впрыснутъ въ количествѣ 1/120 грана.

До впрыскиванія	было въ 10 мин.			5 приступ.
Послѣ	»	»	—	6 приступ.

Побочныхъ явленій замѣтить нельзя было.

Liquori Ammon. anisati дано было 3 раза черезъ 5 минутные промежутки по 5 капель.

До пріема въ 10 мин. было 30 прист.
После » — » 39 »
1/2 часа спустя — » 32 »

Первые цриступы были длиннѣе слѣдующихъ, въ общемъ казалось, что число длинныхъ приступовъ преобладало по сравненію съ обыкновеннымъ порядкомъ ихъ.

Напряженіе вниманія. Запрещеніе глотать и отрыгать было примѣнено не въ абсолютномъ смыслѣ (что ни къ чему не повело бы, о чемъ выше упомянуто), а такимъ образомъ, что ему было вразумительно сказано удерживаться въ нѣкоторой мѣрѣ—настолько, чтобы не тяготить себя этимъ воздержаніемъ.

До запрещенія въ 10 минутъ было 14 приступовъ.
При подобномъ воздержаніи » 9 »
Послѣ » » 15 »

Больной не жаловался на обостреніе непріятнаго ощущенія подъ ложечкой, ни на что другое. Онъ самъ заявляетъ, что воздержаніе всегда стоитъ ему усилій и утомляетъ его.

Чтеніе предложено больному было на украинскомъ языкѣ ввиду того, что по русски онъ читаетъ хоть съ ошибками, но довольно бѣгло. Тотъ же языкъ ему почти незнакомъ.

До чтенія въ 10 мин. 14 приступовъ.
Во время » — » 5 »
Послѣ » — » 13 »

Приступы повидимому ничѣмъ не отличались отъ обыкновеннаго порядка ихъ слѣдованія и по характеру своему.

Разговоръ заводимый съ больнымъ обыкновенно не вызывалъ живаго интереса; мальчикъ ограничивался больше короткими отвѣтами.

До разговора въ 10 мин. было 14 прист.
Во время — » » 13 »

Счетъ цифръ про себя производился по ударамъ метронома.

До счета въ 10 мин. было 16 приступовъ.
Во время — » 14 »
Послѣ — » 14 »

Если ему приходилось записывать цифры, спѣша поспѣть за метрономомъ, тогда:

До записыванія въ 10 мин. было 12 приступовъ.
Во время — » 14 »

При произнесенiи громкимъ голосомъ записываемыхъ цифръ наблюдалось

До произнесенія въ 10 мин. было 14 прист.

Во время » — » 11 »

Трудно было подмѣтить въ приступахъ что либо отличающее ихъ отъ обыкновенныхъ.

Такимъ образомъ болѣе положительный результатъ далъ *рядъ этихъ испытанiй, говорящихъ за центральное происхожденiе сложной судороги.* Перiодичность работы, свойственная дѣятельности нервныхъ клѣтокъ приводитъ насъ къ тому же допущенiю, точно также какъ и сложность всего акта, требующая для себя общаго объединяющаго центра.

По поводу нѣкоторыхъ изъ вышеперечисленныхъ повѣрочныхъ испытанiй пусть мнѣ будетъ позволено привести слѣдующiя соображенiя. Въ случаѣ гальванизацiи, возбуждающiй полюсъ дѣйствовалъ въ области продолговатаго мозга, тогда какъ головной мозгъ подвергался успокаивающему дѣйствiю Анода. Послѣдствiемъ этого, какъ это видно изъ предыдущаго, было замѣтное повышенiе отрыжной судороги, какъ будто въ продолговатомъ мозгу находился источникъ ея. Далѣе примѣненiе Morphini обнаружило у больного рѣзкую идiосинкразiю къ этому средству, которая встрѣчается часто при нейрозахъ. Небольшая доза сразу вызвала измѣненiя въ центрахъ нервной системы, при чемъ особенно несвоевременнымъ и страннымъ показались учащенiе и поверхностность дыханiя и рвота. Невольно напрашивается догадка, что центры продолговатаго мозга неустойчивы, и дѣятельность ихъ легко нарушается. Liquor ammonii anisati оказался возбудителемъ не только для дыхательныхъ движенiй, но и для нашей судороги. Съ своей стороны рядъ фактовъ доказывающихъ влiянiе психики на судорогу не стоитъ въ противорѣчiи съ высказаннымъ предположенiемъ: всѣмъ извѣстно влiянiе психики на центры продолговатаго мозга—дыханiе, рвоту, вазомоторный, потоотдѣлительный и пр. Такое допущенiе источника отрыжки въ продолговатомъ мозгу еще болѣе подтверждается тѣмъ, что на ряду съ отрыжкой идетъ неправильная работа и въ центрѣ, лежащемъ рядомъ. Въ нашемъ случаѣ такимъ центромъ является глотательный центръ, работающiй на ряду съ отрыжнымъ. Работа ихъ тѣсно связана между собой: ослабленiе одного неразрывно идетъ съ ослабленiемъ другого и наоборотъ.

Такимъ образомъ, на основанiи нашихъ наблюденiй, мы приходимъ къ заключенiю, что *отрыжная судорга*, по крайней мѣрѣ въ нашемъ случаѣ, зависѣла *отъ слабости и ненормальной возбудимости продолговатаго мозга*; но она не была рефлекторнаго происхожденiя, равнымъ образомъ она не зависѣла отъ большого мозга.

Высказываемое мною предположеніе, что въ случаяхъ *отрыжной судороги* мѣсто болѣзни (sedes morbi) находится въ продолговатомъ мозгу подтверждается единовременными измѣненіями дыхательныхъ движеній. Къ разбору ихъ мы переходимъ помня, что глотательный центръ расположенъ на днѣ четвертаго желудочка надъ дыхательнымъ; мы обратимся къ описанію тѣхъ измѣненій въ дыханіи, которыя наблюдаются при нашей судорогѣ, пользуясь, конечно, методомъ возможно точнымъ, при тѣхъ средствахъ, которыми располагаетъ кабинетъ нервной клиники.

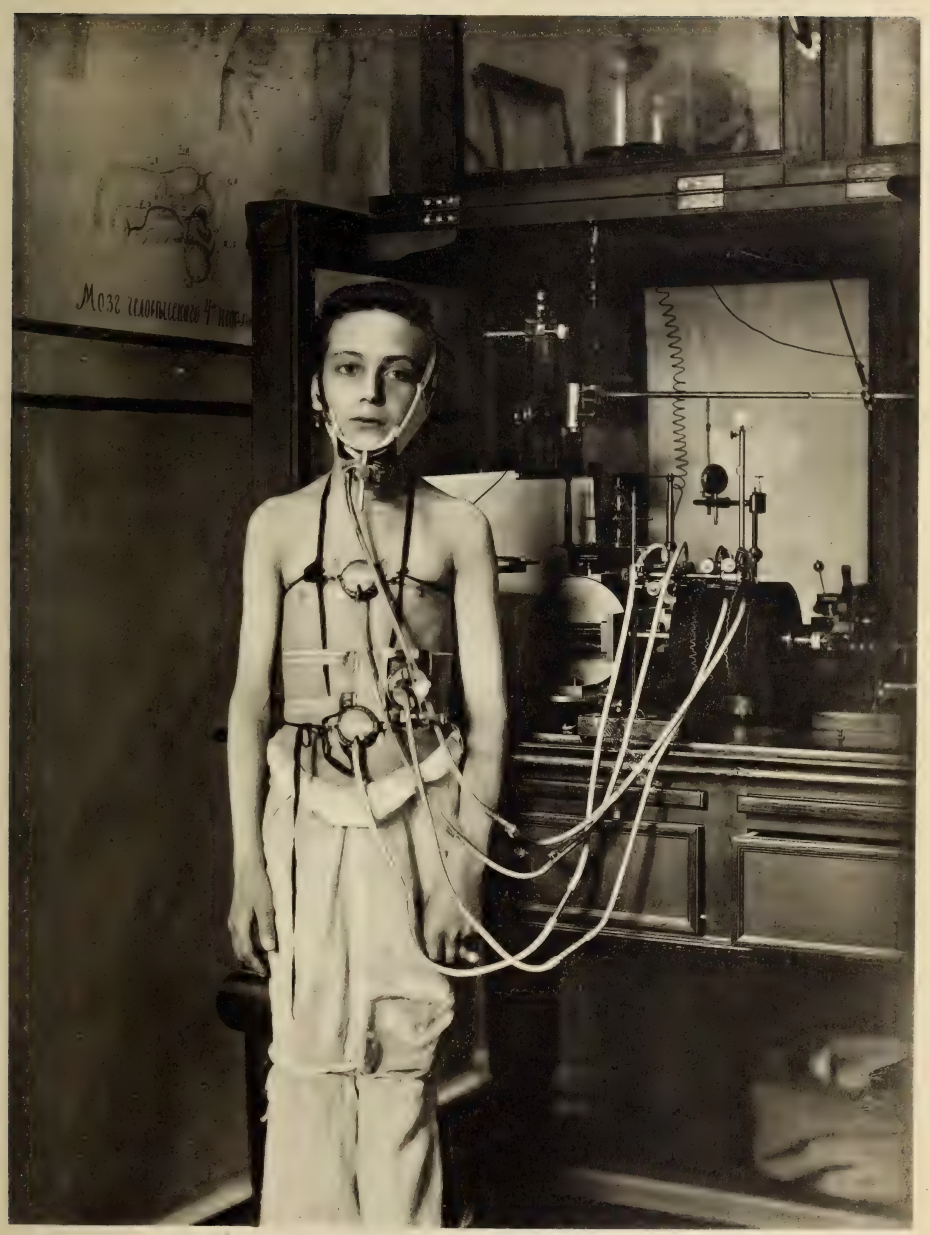
Въ нашемъ распоряженіи было 2 пневмографа Verdin'а и 2 міографа —всѣ à transmission; къ нимъ были прилажены барабанчики съ перьями. Кривыя записывались на закопченной бумагѣ измѣненнаго Balzar'омъ Ludwig'овскаго кимографа работы Zimmerman'а [1]); мы пользовались скоростями барабана отъ $^1/_4$ часа до 20 секундъ одинъ оборотъ. Больной всегда находился въ стоячемъ положеніи, другое было ему невозможно, въ силу мучительности отрыжки въ такомъ случаѣ (см. выше). Глотаніе записывалось такимъ образомъ, что міографъ плотно укрѣплялся подъ подбородкомъ, при чемъ тесемки шли черезъ уши, связываясь на волосахъ, пелотъ упирался въ дно рта, разумѣется снаружи. Для поясненія прилагается рисунокъ. (Таблица II). Записывая грудное дыханіе я подвязывалъ пневмографъ на уровнѣ сосковъ, брюшное sub scrobiculo cordis, иногда ниже. Въ видахъ отдѣльнаго записыванія сокращеній правой и лѣвой сторонъ діафрагмы, я ставилъ оба міографа по сторонамъ бѣлой линіи, выше пупка (на данномъ рисункѣ въ этомъ мѣстѣ стоитъ одинъ міографъ, другой занятъ у основанія рта). Время записывалось тоже посредствомъ воздушной передачи отъ метронома.

Глотаніе. Уже изъ разсмотрѣнія тѣхъ кривыхъ, гдѣ отмѣчена частота и періодичность отрыжки, можно видѣть, что число глотковъ бываетъ отъ 5 до 12 и болѣе, и время глотательнаго приступа бываетъ отъ 6 до 12 и болѣе секундъ. Въ промежуткахъ отъ одного до другого глоточнаго приступа перо пишетъ горизонтальную кривую. Если на ней встрѣчаются (очень рѣдко) колебанія, то это надо объяснить перемѣщеніемъ языка во рту и т. п. Вслѣдъ за первымъ глоткомъ случается иногда маленькая пауза, но разъ сдѣланъ второй, то третій и слѣдующіе идутъ обыкновенно безъ видимыхъ перерывовъ. Сокращеніе мышцъ основанія рта отмѣчается на кривыхъ крупнымъ подъемомъ пера (или спускомъ, если напоръ, передающій на аппаратъ, записывается опущеніемъ пишущаго пера), разслабленіе же вертикальной линіей, какъ это должно быть при пассивномъ распрямленіи мышцъ. Можно замѣтить, что моменту каждаго глотательнаго акта соотвѣтствуетъ обыкно-

---

[1]) Точность работы провѣрена въ лабораторіи Wundt'а.

Т. II.



Свѣтопечать С. В. Кульженко. Кіевъ.

венно задержанiе дыханiя, и состоянiе выхода не наблюдается (кромѣ случайностей). Часто замѣтны слабыя вздохи послѣ глотковъ (глотательное дыханiе авторовъ). Глотокъ иногда разбиваетъ самое отрыжное движенiе на два. Начинается глотанiе почти всегда на выдохѣ, вначалѣ, и въ срединѣ, и въ концѣ,—какъ будто выдыхаемый воздухъ тутъ же проглатывается по мѣрѣ выдыханiя его. Отрыжкой всегда заканчивается приступъ. (Таб. I, 2, 3, табл. III).

Дыханiе. До приступа и тотчасъ послѣ отрыжки кривыя дыханiя представляются совершенно нормальными, совершая въ 3 секунды одно полное дыханiе; во время приступа и грудное и брюшное настолько извращаются, что не удается видѣть въ нихъ какой-нибудь порядокъ или зависимость отъ какихъ либо условiй. Конечно, глотанiе влiяетъ на форму кривыхъ, но однимъ этимъ мы затрудняемся объяснить перемѣну въ дыханiи. Записываемыя кривыя грудного и брюшного дыханiя не идутъ вполнѣ параллельно одно съ другимъ (будучи записываемы, конечно, изохронно); но это встрѣчается обыкновенно въ отрыжныхъ движенiяхъ, гдѣ оба дыханiя имѣютъ нѣчто общее. Здѣсь перья чертятъ болѣе или менѣе крутой подъемъ, соотвѣтствующiй звуку отрыжки; вслѣдъ за этимъ подъемомъ идетъ паденiе пера по вертикальной внизъ, что означаетъ спаденiе стѣнокъ желудка послѣ вытѣсненнаго воздуха и моментальное разслабленiе сокращенныхъ мышцъ при отрыжкѣ (Табл. III). Общее въ грудномъ и брюшномъ дыханiи то, что отрыжному движенiю, рѣзко выраженному высокимъ подъемомъ кривой, въ брюшномъ дыханiи, соотвѣтствуетъ почти всегда хоть маленькiй подъемъ въ грудномъ; затѣмъ оба всегда вмѣстѣ пишутъ паденiе кривой. Это заставляетъ насъ думать, что отрыжное движенiе обязано кромѣ желудка и сокращенiю дiафрагмы. Когда мы ставили два мiографа по сторонамъ бѣлой линiи вполнѣ симметрично (пелоты находились центиметровъ на 6 въ сторонѣ отъ линiи), внимательно слѣдя за тѣмъ, чтобы пелоты одинаково касались брюшной стѣнки, то мы получили на кривыхъ замѣтную разницу между рисункомъ съ правой и съ лѣвой сторонъ брюшного дыханiя. (Табл. IV, 2). Приписывая это разной чувствительности перьевъ, мы перемѣнили тутъ же трубки у перьевъ—результатъ получился тотъ же. Подъемъ пелота или что тоже поднятiе кривой, могло намъ означать по преимуществу сокращенiе дiафрагмы. Отсюда наше заключенiе было, *что дiафрагма не одинаково сокращается на обѣихъ сторонахъ — сокращаясь энергичнѣе слѣва, со стороны желудка.* Можно-бы также думать, что сокращенный, напряженный желудокъ лучше передавалъ со своей стороны на пелотъ сокращенiе дiафрагмы; подобное влiянiе желудка могло имѣть здѣсь мѣсто, но разница между рисунками съ правой и лѣвой стороны брюшного дыханiя столь велика, что этимъ однимъ нельзя ее объяснить.

Расположивши міографы рядомъ и тоже по сторонамъ бѣлой линіи (на musculis rectis), но уже пальца на 4 ниже пупка, мы и здѣсь получили не симметричныя кривыя. По рисунку видно было, что при разныхъ перестановкахъ всегда пелотъ лѣвой стороны, упиравшійся до нѣкоторой степени въ брюшную стѣнку, терялъ эту опору при отрыжкѣ и притомъ въ большей степени, чѣмъ пелотъ правой стороны. Объясняемъ мы себѣ это такимъ образомъ, что мышцы лѣвой стороны брюшного пресса, прямая по преимуществу, сокращаясь энергичнѣе чѣмъ правая, глубже надавливаемая на брющныя органы, тѣмъ самымъ больше отходила отъ пелота и больше лишала его опоры. Такимъ образомъ *и лѣвая сторона діафрагмы, и лѣвая брюшная стѣнка при отрыжныхъ движеніяхъ работаютъ энергичнѣе своихъ правыхъ сторонъ.*

Изъ всего описанія дыхательной функціи видно, что дыханіе принимаетъ участіе своими мышцами въ приступахъ судороги. Нѣсколько словъ еще о теченіи болѣзни и терапіи.

ТАБЛИЦА III.

Отношеніе грудного и брюшного дыханія къ отрыжкѣ. Вверху брюшное, ниже грудное дыханіе, еще ниже глотательная кривая—всѣ пишутъ одновременно. Въ дыханіи вздохъ обозначается подъемомъ пера, выдохъ опущеніемъ; въ глотательной кривой (осн. рта) сокращеніе выражено опущеніемъ пера. Ниже всѣхъ кривыхъ идетъ ломанная времени, гдѣ каждый горизонтальный элементъ ея означаетъ секунду. Вертикальныя пунктирныя линіи ограничиваютъ приступъ. Начинается приступъ глотаніемъ внизу выдоха, послѣдній приступъ вначалѣ выдоха. Затѣмъ кривая обоихъ дыханій пишетъ не одинаково; въ первомъ приступѣ грудное дыханіе даже въ отрыжкѣ не соотвѣтствуетъ (въ одномъ случаѣ) брюшному, въ остальныхъ это соотвѣтствіе несомнѣнно. Послѣднее особенно видно тамъ, гдѣ отрыжка идетъ ступенеобразно, въ концѣ перваго и второго приступовъ.

Мы наблюдали больного въ теченіе полутора мѣсяца; ежедневно больной подвергался тому или иному изслѣдованію, что занимало нѣсколько часовъ при необходимыхъ иногда въ изслѣдованіи перерывахъ для отдыха больного. Подъ вліяніемъ различныхъ испытаній больного, теченіе болѣзни, конечно, не могло итти спокойно, въ зависимости отъ нея самой и леченія. Самочувствіе больного улучшалось, когда число отрыжекъ уменьшалось. И вотъ по цифрамъ каждаго дня можно видѣть, что число ихъ уменьшается постепенно: будучи въ первые дни по 30 и даже 35 (одинъ разъ) въ 10 минутъ, дней черезъ 15 приступы уменьшились до 20. Затѣмъ вдругъ произошла перемѣна къ лучшему—они стали всего лишь по 2 въ 10 минутъ.

Такъ было два дня, а затѣмъ снова участились до 12—14 и съ такимъ числомъ больной и ушелъ отъ насъ. За это время никакихъ

разстройствъ въ дѣятельности желудочно-кишечнаго пищеваренія не наблюдалось. Что касается терапіи, то мы долго избѣгали примѣнять ее, разсчитывая на то, что больной можетъ поправиться, прежде чѣмъ будетъ болѣе или менѣе закончено изслѣдованіе его. Такъ почти и случилось; упомянутое рѣзкое уменьшеніе числа отрыжекъ съ 20-ти одного дня до 2-хъ слѣдующаго мы объясняемъ дѣйствіемъ франклинизаціи, связанной съ болѣзненнымъ выведеніемъ искръ изъ области желудка. Къ сожалѣнію, на второй день такого же благосостоянія больного мы гальванизировали ему голову, что вызвало учащеніе отрыжекъ, а на слѣдующій день принятый Morphium очень обезпокоилъ больного, благодаря случившемуся съ нимъ отравленію. Отрыжка стала на 12—14. Изъ лѣкарственныхъ веществъ мы примѣняли Bismuthum subnitricum въ количествѣ 0.8 на пріемъ, что не дало никакого эффекта. Тоже самое было и съ бромомъ, даннаго въ количествѣ 0.8 нѣсколько разъ въ день. Имѣлась въ виду гипнотизація больного, но послѣдній долженъ былъ уѣхать отъ насъ.

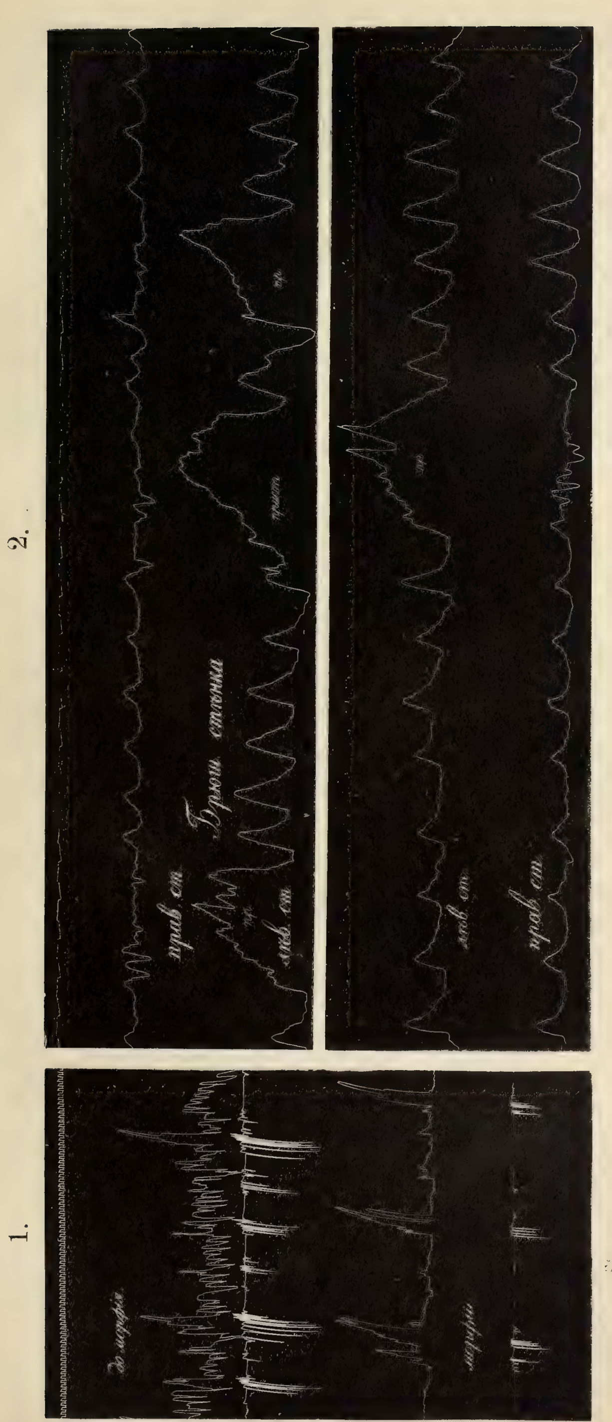
Такимъ образомъ описанный нами случай оправдываетъ свое названіе—eructatio nervosa тѣмъ, что оно исключаетъ зависимость отрыжки отъ пищеварительной дѣятельности. Ничего болѣе названіе не говоритъ. Происхожденіе и механизмъ его неясны. Изслѣдованіе нашего случая дало возможность намъ дѣлать свои предположенія, приведенныя раньше, намъ кое что разъясняющія. Мы воздержимся отъ приведенія ихъ здѣсь еще разъ. Можемъ только добавить, что дѣйствіе на больного Morphini и цѣлебное вліяніе франклинизаціи прибавляетъ къ числу мало вліятельныхъ данныхъ въ пользу истерическаго происхожденія отрыжки (моча, вліяніе психики, теченіе) еще два. Можно, пожалуй, говорить объ истерическомъ характерѣ описываемой болѣзни, но едва ли объ истерической почвѣ, на которой развилась болѣзнь, и еще менѣе объ истеріи у больного. Повторимъ, что существенными чертами нашего случая является: громкая отрыжка безъ запаха въ видѣ приступовъ, всегда начинающихся глотаніемъ воздуха и протекающихъ періодически; участіе въ ней діафрагмы и брюшного пресса, при чемъ лѣвыя стороны обоихъ, ущемляющія желудокъ, работаютъ энергичнѣе правыхъ; вліяніе на силу нервной отрыжки, т. е. и на частоту и силу приступовъ психическихъ дѣятелей (нѣкоторыхъ, конечно), энергичныхъ лѣкарственныхъ дѣятелей.

ТАБЛИЦА IV.

Рис. 1. На протяженіи $2^1/_2$ минутъ представлено число приступовъ до принятія Morphini hydrochloric и послѣ. Въ одномъ случаѣ ихъ 6, въ другомъ 3. Глотательная кривая во второмъ случаѣ отличается не только промежутками между приступами, но еще небольшимъ числомъ глотковъ и слабостью ихъ. Брюшное дыханіе (гдѣ подъемъ пера означаетъ вздохъ) въ случаѣ Morphlni даетъ большіе размахи пера при сокращеніи діафрагмы, т. е. отрыжкѣ; самое-же дыханіе едва уловимо настолько парализованъ центръ дыханія.

Рис. 2. Каждая кривая представляетъ брюшное дыханіе, снимаемое не пнеумографомъ, а двумя міографами съ двухъ сторонъ брюшной стѣнки одновременно; вздохъ выражается поднятіемъ пера. Двѣ верхнія кривыя пишутъ одновременно, нижнія тоже. Самая верхняя передаетъ работу діафрагмы (брюшн. дыханіе) съ правой стороны, слѣдующая съ лѣвой. Какъ различны они во время приступа это ясно видно изъ рисунка. Тутъ же были перемѣнены взаимно трубку у пелотовъ, и перо, писавшее справа, стало писать сокращенія лѣвой стороны діафрагмы. Результатъ оказался тотъже т. е. сокращенія лѣвой діафрагмы энергичнѣе правой. Время въ секундахъ отмѣчено въ самомъ верху рисунка.

T. IV.



ОТДѢЛЪ II.

Судебная и общественная психологія, психическая гигіена и проч.

Психическое состояніе предъ самоубійствомъ.

Проф. И. А. Сикорскаго.

Вопросъ о психическомъ состояніи человѣка передъ самоубійствомъ полонъ глубокаго интереса—философскаго и жизненнаго и былъ предметомъ тщательнѣйшаго разсмотрѣнія въ особенности въ рукахъ такого выдающагося изслѣдователя какъ *Brierre de Boimont.* Въ нашемъ отечествѣ вопросъ о самоубійствѣ не былъ предметомъ столь подробныхъ изслѣдованій, въ особенности мало было обращено вниманія на собраніе матеріала, характеризующаго душевное состояніе предъ самоубійствомъ. Нѣкоторымъ матеріаломъ по этому вопросу мы рѣшаемся подѣлиться съ товарищами, въ увѣренности, что подобный матеріалъ всегда имѣетъ цѣнность для психіатра.

Быть можетъ, собраніе матеріала по занимающему насъ вопросу имѣетъ и другія основанія. Къ такимъ основаніямъ на первомъ планѣ должна быть отнесена необходимость разграниченія самоубійствъ, совершаемыхъ здоровыми и душевно-больными. Несмотря на то, что возможность самоубійства у здоровыхъ людей подтверждена всѣми изслѣдователями и считается фактомъ, достаточно доказаннымъ съ научной стороны; тѣмъ не менѣе, въ русскихъ, даже научныхъ. сочиненіяхъ и въ медицинскихъ періодическихъ изданіяхъ случается еще встрѣчать мнѣніе о томъ, что самоубійство свидѣтельствуетъ непремѣнно о душевной болѣзни его виновника. Подобнаго рода мнѣніе мы встрѣчаемъ, напримѣръ, въ книгѣ проф. Гвоздева [1]). «Мы признали, говоритъ въ

---

[1]) О самоубійствѣ съ соціальной и медицинской точекъ зрѣнія. Казань, 1889 г., стран. 45.

заключеніе своей книги проф. Гвоздевъ, что самоубійство только и совершается умопомѣшанными, т. е. больными.

Если не ошибаемся, мнѣніе, сходное съ изложеннымъ сейчасъ, было однажды высказано въ одномъ изъ психіатрическихъ обществъ. Въ виду этого, быть можетъ буоетъ не лишнимъ предлагаемый очеркъ, въ особенности его фактическая часть, состоящия изъ матеріала, представляющаго несомнѣнный интересъ.

Что между самоубійствами и душевными болѣзнями существуетъ рѣзкая разница, что онѣ не относятся одно къ другому, какъ причина къ слѣдствію, но существуютъ самостоятельно и независимо—это болѣе всего ясно изъ того факта, что пропорція, съ которой онѣ наростаютъ съ теченіемъ времени, весьма неодинакова. Въ то время, какъ помѣшательство въ теченіе полустолѣтія увеличилось на *нѣсколько процентовъ*, самоубійства въ большей части государствъ Европы увеличились на *нѣсколько сотъ процентовъ* [1]). Другое рѣзкое различіе состоитъ въ томъ, что количество самоубійствъ у обоихъ половъ весьма неодинаково: самоубійцъ-мужчинъ повсюду въ четыре или пять разъ болѣе, нежели самоубійцъ-женщинъ [2]). Между тѣмъ въ отношеніи помѣшательства такого неодинаковаго отношенія половъ не существуетъ: психически больныхъ женщинъ почти такое-же число, какъ и мужчинъ. Напротивъ того, самоубійство въ этомъ отношеніи стоитъ ближе къ преступленію, чѣмъ къ помѣшательству, такъ какъ число преступныхъ женщинъ равняется пятой и даже седьмой части преступныхъ мужчинъ [3]). Уже на этомъ основаніи становится вѣроятнымъ, что самоубійство подобно преступленію въ значительной степени обусловлено *волей* человѣка.

Дальнѣйшая разница между самоубійствомъ и помѣшательствомъ состоитъ въ весьма неодинаковомъ отношеніи къ тому и другому различныхъ народностей, такъ на 1 милліонъ населенія приходится самоубійствъ:

Въ Саксоніи	310
Во Франціи	250
Въ Пруссіи	133
Въ Австріи	130
Въ Баваріи	90
Въ Англіи	66
Въ Россіи	30

[1]) Bertillon Dr. Cours élementaire de statistique. Paris 1896, pag. 553,

[2]) Ibid. p. 554.

[3]) Ibid. p. 549.

Между тѣмъ въ отношеніи помѣшательства вовсе не существуетъ столь рѣзкой разницы. Россія, напримѣръ, даетъ приблизительно такое-же число душевно-больныхъ на 1000 населенія, какъ и другія страны, и наблюдающіяся разницы весьма не существенны.

Не подлежитъ однако-же сомнѣнію, что нѣкоторая часть самоубійствъ зависитъ отъ душевныхъ болѣзней. Эта часть неодинакова для различныхъ странъ: приблизительно четверть или треть общаго числа самоубійствъ зависитъ отъ душевныхъ болѣзней; въ нѣкоторыхъ странахъ эта пропорція больше, въ другихъ меньше. Въ этомъ согласны почти всѣ авторы. Другіе же случаи самоубійствъ, т. е. большая часть ихъ, приходится на долю людей психически здоровыхъ. Этотъ выводъ подтверждается многочисленными статистичесхими данными всѣхъ образованныхъ странъ Европы. Однако же на первый взглядъ представляется неестественнымъ фактъ *самоуничтоженія* при существованіи *инстинкта самосохраненія.* Это соображеніе можно нерѣдко слышать изъ устъ тѣхъ, кто не имѣлъ случая познакомиться ближе съ данными, касающимися психическаго состоянія людей, впавшихъ въ горестную необходимость наложить на себя руки. Въ отвѣтъ на это естественное недоразумѣніе, мы, прежде чѣмъ приступить къ дальнѣйшему разбору, приведемъ афоризмъ Фридрейха, который говоритъ, что человѣкъ нерѣдко лишаетъ себя жизни *въ силу инстинкта самосохраненія.* Нравственныя или физическія условія жизни могутъ сдѣлаться для человѣка столь невыносимыми, что именно самосохраненіе побуждаетъ положить конецъ дѣйствію этихъ условій. Анализъ психическаго состоянія человѣка въ такихъ случаяхъ разъясняетъ, нерѣдко съ совершенной очевидностью, безъисходность положенія.

Многочисленныя причины самоубійства можно сгруппировать въ четыре крупные отдѣла, а именно:

1) Бѣдность и лишенія.

2) Болѣзни (физическія и психическія).

3) Утомленіе жизнью (taedium vitae).

4) Нравственныя причины.

Бѣдность, болѣзни и тяжелыя нравственныя условія, своей силой или продолжительностью, могутъ довести человѣка *до утомленія*, при томъ до той степени утомленія, когда самый инстинктъ самосохраненія утомленъ. Если-бы въ подобныхъ случаяхъ дѣйствіе причинъ прекратилось, человѣкъ могъ бы отдохнуть, и роковое рѣшеніе не имѣло бы мѣста или, по крайней мѣрѣ, было отсрочено.

Независимо отъ состоянія утомленія существуютъ такіе случаи, когда нравственныя причины могущественнымъ образомъ побуждаютъ человѣка отнять у себя жизнь, чтобы избавить себя отъ состоянія, которое человѣку представляется болѣе тяжкимъ и невыносимымъ, чѣмъ

самая смерть. Нашъ государственный законъ, карающій самоубійство, предусматриваетъ два слѣдующіе случая: по ст. 1474 не подвергаются наказанію за самоубійство 1) лица, лишившія себя жизни по великодушному патріотизму, для сохраненія государственной тайны, 2) женщина, лишившая себя жизни ради сохраненія цѣломудрія и своей чести. Но безъ сомнѣнія, существуетъ и рядъ другихъ нравственныхъ условій, которыя имѣютъ такое же значеніе. Такимъ образомъ, самоубійство иногда является лишь величайшимъ несчастьемъ для человѣка или неизбѣжной необходимостью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *оно является неизбѣжностью лишь для даннаго человѣка и лишь для его разумѣнія и воли.* Всѣ эти условія нерѣдко съ особенной яркостью и отчетливостью разъясняются въ запискахъ, оставляемыхъ самоубійцами.

Записки самоубійцъ представляютъ высокій интересъ для психіатра и полны глубокаго значенія для психолога. Онѣ изображаютъ самыя трудныя положенія, какія приходится человѣку переживать въ жизни, вмѣстѣ съ тѣмъ, онѣ на живыхъ, потрясающихъ примѣрахъ разъясняютъ тѣ ненормальныя общественныя и другія условія, которыя представляютъ почву не только для самоубійствъ, но въ такой-же мѣрѣ для преступленія и помѣшательства.

Потребность, испытываемая человѣкомъ въ послѣднія минуты жизни, объяснить свое душевное состояніе, такъ велика, что по замѣчанію Brierre de Boismont'a [1]) лишь немногіе изъ лицъ, умѣющихъ писать, могутъ противостоять внутренней необходимости высказать волнующія ихъ чувства и горести или повѣдать о несчастьяхъ, жертвой которыхъ они стали. Самый фактъ обращенія къ людямъ показываетъ, что человѣкъ, готовящійся вычеркнуть себя изъ списка живыхъ, не прерываетъ своей связи съ ними, считаетъ своимъ долгомъ объясниться или оправдаться передъ ними, ищетъ утѣшенія въ этой безмолвной бесѣдѣ съ людьми, продолжаетъ жить общею съ ними жизнью. Со своимъ послѣднимъ словомъ самоубійцы обращаются *къ близкимъ, къ роднымъ, къ друзьямъ, къ знакомымъ, ко всему міру.* По тонкому замѣчанію Brierre-de Boismont'a объяснительныя замѣтки, письма и записки, оставляемыя самоубійцами, большею частью свидѣтельствуютъ о томъ, что авторы ихъ оставались психически здоровыми людьми; помѣшанные же, какъ люди, охладѣвшіе къ здравымъ потребностямъ и живущіе болѣзненными, не существующими для здоровыхъ интересами, *большей частью* записокъ не оставляютъ, но если оставляютъ, то въ нихъ излагаюъ свои болѣзненныя идеи, галлюцинаціи и пр. Такимъ образомъ, характеръ и содержаніе послѣднихъ записей не только живописуютъ состо-

---

[1]) Brierre de Boismont l. c. pag. 297.

яніе несчастныхъ или больныхъ людей, но могутъ представить и нѣкоторыя данныя для врачебнаго распознаванія.

По характеру и содержанію предсмертныхъ записей, Brierre de Boismont устанавливаетъ три разряда душевныхъ состояній, въ которыхъ находятся люди, рѣшившіеся отнять у себя жизнь. Одни обнаруживаютъ чувства доброты, раскаянія, религіознаго настроенія, чести, нѣжности, дружбы, признательности и тому подобныя *добрыя чувства*. Другіе—наоборотъ, наполняютъ свои письма жалобами, упреками, выраженіями мстительности, проклятіями, безбожіемъ, безобразными мыслями, ожесточеніемъ, обманомъ и т. под. *дурными чувствами*. Къ третьей группѣ *смѣшанныхъ чувствъ* относятся такія записки, гдѣ выражается то безразличное душевное состояніе, то смѣшанныя волненія.

Добрыя чувства.

Самой многочисленной группой является эта. Она обнимаетъ почти три четверти всѣхъ случаевъ. Этотъ статистическій фактъ уже самъ по себѣ бросаетъ яркій свѣтъ на вопросъ о самоубійствѣ и опредѣляетъ его сущность, какъ тяжелой драмы, которую человѣкъ переживаетъ.

Чрезвычайно часто записки содержатъ объясненіе причинъ самоубійства. Такова, напр. слѣдующая записка:

«Я нашла въ этой жизни только стыдъ и безчестье, покидаю эту жизнь. Я скорѣе слабая, чѣмъ виновная. Казню себя за свои грѣхи [1]).

Или вотъ что читаемъ въ письмѣ мужа къ женѣ:

Видя себя погрязшимъ въ кутежи и безобразную жизнь и, не находя въ себѣ силъ исправиться, не смотря на постоянные упреки, которые себѣ дѣлаю, я лишаю себя жизни въ наказаніе за свое поведеніе.

Молодая дѣвица замѣчательной красоты пишетъ, что она израсходовала свои послѣднія средства.

Можно-бы, говоритъ она, завести богатый магазинъ..., но я желаю лучше умереть честной женщиной, чѣмъ жить падшей.

Человѣкъ, покидающій жизнь часто думаетъ о тѣмъ, кого онъ оставляетъ, проситъ прощенія за причиняемыя огорченія и за хлопоты, которыя онъ дѣлаетъ; въ большей части этихъ писемъ авторы ихъ прибавляютъ, что они вынуждены на роковое рѣшеніе весьма серьезными причинами и отчаяніемъ.

---

[1]) Brierre de Boismont, l. c. pag. 302.

Во многихъ письмахъ, въ особенности у женщинъ, изображены переживаемыя душевныя страданія. Но въ особенности трогательнымъ фактомъ является забота о покидаемыхъ и на первомъ планѣ родителей—о дѣтяхъ или супруговъ—другъ о другѣ. Многія письма содержатъ въ себѣ мольбы, направленныя къ роднымъ, друзьямъ, къ добрымъ людямъ о томъ, чтобы они пріютили дѣтей, воспитали-бы ихъ, а дѣтямъ преподается благословеніе и выражается безграничное сожалѣніе, что приходится разставаться съ ними. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ письмахъ содержится просьба авторовъ о томъ, чтобы ихъ оплакали. Въ заключеніи записокъ почти всегда содержатся строки, въ которыхъ умирающій распредѣляетъ свое имущество. Таково слѣдующее письмо:

«Другъ мой! Сохрани этотъ браслетъ на память обо мнѣ, а вѣнокъ снеси на могилу моего дитяти: это послѣднее желаніе той, которая любитъ тебя болѣе, чѣмъ жизнь» [1]).

Нерѣдко письма содержатъ прощеніе обидъ и указаніе, что оскорбленія забыты. Въ этомъ отношеніи особенно замѣчательны чувства, выражаемыя женщинами — жертвами обольщенія. Большей частью онѣ прощаютъ тѣхъ, кто ихъ погубилъ.

Дурныя чувства.

Записки, входящія въ составъ этой группы, содержатъ въ себѣ злобу, упреки, угрозы, мстительность, проявленія уязвленнаго самолюбія, проклятія и ругательства, направленныя къ людямъ. Нѣкоторые авторы рисуются и лгутъ, обнаруживая и въ послѣднія минуты жизни нравственное извращеніе и дурныя качества, которыми они отличались всю жизнь. Нѣкоторые изъ подобныхъ авторовъ лишаютъ себя жизни послѣ кутежей и безобразій, которыми преднамѣренно заканчиваютъ жизнь, убивая себя послѣ попоекъ, изысканной и роскошной ѣды, въ обществѣ лицъ другого пола и т. п.

Эти факты, наблюдаемые и у лицъ несомнѣнно здоровыхъ, показываютъ, что человѣкъ можетъ оставаться одичалымъ въ самыя торжественныя минуты жизни и умереть такъ, какъ умираютъ животныя безъ сознанія долга, безъ человѣческаго достоинства. Этотъ парадоксъ, это нравственное противорѣчіе находитъ себѣ объясненіе въ томъ, что человѣкъ, по словамъ Литтре, *умираетъ* большею частью *не такъ, какъ хочетъ, а такъ, какъ можетъ*: тотъ, кто во всю жизнь былъ лишенъ нравственнаго величія, не можетъ имѣть его и въ послѣднія минуты [2]).

---

[1]) Brierre de Boismont, l. c. pag. 300.

[2]) Caro. Littré et le positivisme. Paris 1883.

Смѣшанныя чувства.

Сюда относятся большей частью дѣловыя записки и распоряженія, иногда въ нихъ выражены чувства. Таково, напр. слѣдующее письмо: *«вы найдете тамъ все, что нужно для моихъ похоронъ,»*—слѣдуетъ перечисленіе погребальныхъ принадлежностей. Это одно изъ самыхъ общихъ мѣстъ въ письмахъ. *Я прошу васъ,* читаемъ въ одномъ письмѣ, *похоронить меня въ платьѣ, которое мною приготовлено; тутъ покрывало, рубаха, чепчикъ - все, что требуется для похоронъ.*

Иногда распоряженія эти вытекаютъ изъ чувства. Таково слѣдующее письмо:

О, кто-бы вы ни были! не разлучайте тѣхъ, кого соединила смерть; это наша послѣдняя воля—не нарушайте ее; положите насъ въ общую могилу: соединенные на землѣ, мы бы хотѣли быть вмѣстѣ и въ могилѣ [1]).

Таково-же и слѣдующее иисьмо:

Не упрекайте, прошу васъ, того, кто довелъ меня до смерти; ради самого неба не снимайте съ меня ни браслета, ни платья, которое на мнѣ, положите все въ гробъ вмѣстѣ съ тѣломъ [2]).

Приведенные отрывки, заимствованные нами изъ сочиненій Brierre de Boismont'a, разъясняютъ, какъ психическое состояніе человѣка передъ самоубійствомъ, такъ и причины, приведшія къ катастрофѣ или, по крайней мѣрѣ, субъективное отношеніе человѣка къ этимъ причинамъ. Нижеслѣдующій рядъ писемъ самоубійцъ мы сгруппируемъ по вызвавшимъ ихъ причинамъ, отношеніе же къ нимъ самоубійцъ будетъ ясно изъ чувствъ, которыя они выражаютъ.

А) Бѣдность и матеріальное разореніе.

1) Самоубійца учитель.

Изъ Домнополя Лифляндской губ. пишутъ въ газ. «Свѣтъ»: 30 марта, въ 6 ч. утра найденъ былъ въ одной изъ аллей городского сада трупъ частнаго учителя Т. съ зіяющей раной въ вискѣ. Возлѣ трупа валялся револьверъ. Скамейка, песокъ и деревья были забрызганы кровью. На скамейкѣ найдена была записка, писанная карандашемъ, слѣдующаго содержанія: «Десять лѣтъ я обучалъ подростающее поколѣніе. Застой въ торговлѣ отразился и на мнѣ. Уроки у меня истощились: я теперь нищій въ манишкѣ и галстухѣ. Въ послѣднее время я питался вѣтромъ. Голова болитъ, желудокъ разстроенъ, ноги отказываются служить. Мать больна. Отецъ безъ мѣста. Сестра страдаетъ отъ мужа и видитъ въ немъ врага. Братья бѣдны. Надеждъ въ будущемъ никакихъ. Цѣлые три мѣсяца я все ищу спокойной квартиры и не могу найти. Какъ видно, я найду ее только въ землѣ. Слава Богу, что у меня нѣтъ ни

---

[1]) Brierre-de-Boismont, l. c. pag. 326.

[2]) Ibid 326—327.

жены, ни дѣтей: никто не посмѣетъ меня проклинать». Самоубійцѣ всего 28 лѣтъ. «Кіевлянинъ», № 82, 1886 года.

Письмо проникнуто безнадежностью и свидѣтельствуетъ о психическомъ утомленіи, вызванномъ рядомъ жизненныхъ неудачъ и тягостныхъ впечатлѣній. Объ утомленіи свидѣтельствуютъ слова: *цѣлые три мѣсяца я ищу спокойной квартиры и не могу найти ея.*

2) Самоубійство И. Соколова въ Кіевѣ.

Вчера, читаемъ въ мѣстныхъ газетахъ, нами было сообщено о самоубійствѣ владѣльца магазина военныхъ вещей Соколова. Покончивъ жизнь выстрѣломъ изъ револьвера въ правый високъ, И. Соколовъ вызвалъ глубокое сожалѣніе у всѣхъ, знавшихъ его лично. Человѣкъ, въ высшей степени добрый, впечатлительный, отзывчивый къ чужому горю, покойный не могъ перенести плохого положенія своихъ дѣлъ, особенно послѣ того, когда ему пришлось убѣдиться въ томъ, что многіе изъ тѣхъ, кому онъ помогалъ, отказались отъ него въ трудную минуту жизни. Лишить себя жизни И. Соколовъ задумалъ еще въ началѣ января, объ этомъ свидѣтельствуетъ много писемъ, начатыхъ 8, 9 января, въ которыхъ онъ прощается со своими родственниками, знакомыми и проситъ не поминать его лихомъ. Такихъ писемъ Соколовъ оставилъ на своемъ столѣ 23. Въ письмѣ, адресованномъ къ кіевскому полиціймейстеру, Соколовъ просилъ, въ виду того, что самоубійство его достаточно выяснено цѣлымъ рядомъ автографовъ, не подвергать его тѣло судебно-медицинскому вскрытію. При разборѣ писемъ, на столѣ найдена также приготовленная для отправки телеграмма, написанная также рукой покойнаго отъ имени жены: «Ильюша умеръ. Пріѣзжайте». При оригиналѣ приложенъ рубль, предназначенный для отправленія этого печальнаго извѣстія въ Москву родственникамъ.

3) Самоубійство купца Солодовникова.

Сегодня, 12 октября, читаемъ въ «Моск. В.» произошло небывалое въ Москвѣ самоубійство: зарѣзался въ Архангельскомъ соборѣ въ концѣ литургіи московскій 2 гильдіи купецъ Петръ Дмитріевъ Солодовниковъ, старикъ 60 лѣтъ отъ роду. Онъ много лѣтъ торговалъ въ Ножевой линіи мануфактурнымъ и галантерейнымъ товаромъ; въ послѣднее время магазинъ его имѣлъ фирму «Московская ярмарка». Со дня закрытія городскихъ рядовъ, покойный Солодовниковъ, какъ объясняетъ его сынъ, загрустилъ, высказывая всѣмъ что для него настало разореніе, такъ какъ есть много неотложныхъ платежей долговъ, а торговлю долго возобновить не придется. Утромъ сегодня сыновья его и приказчики отправились изъ дома (у покойнаго свой домъ на Якиманкѣ въ Ножевую линію, гдѣ они заняты уборкой и вывозкой товара, а самъ Солодовниковъ пошелъ въ Кремль. Придя въ Архангельскій соборъ, онъ подалъ заупокойную просфору съ запиской, на которой написалъ свое имя: «о упокоеніи новопреставленнаго Петра», затѣмъ заказалъ заупокойную литургію на завтра, а на вопросъ псаломщика кого поминать, далъ свое метрическое свидѣтельство о рожденіи, а затѣмъ ушелъ въ глубь храма. Въ концѣ службы одинъ изъ сторожей собора увидалъ, что какой-то старикъ въ лѣвомъ придѣлѣ около гробницъ поклонился въ землю и не встаетъ. Сторожъ подошелъ къ нему и увидалъ, что онъ умираетъ; самоубійства не замѣтили, а думали, что это просто скоропостижная смерть отъ удара. Сторожа вынесли его на паперть, и здѣсь онъ чрезъ нѣсколько минутъ скончался. Когда умершаго, оказавшагося Солодовниковымъ, привезли въ пріемный покой Городской части,

то врачъ увидалъ пятна крови на рукахъ и сюртукѣ. На шеѣ у него было четыре небольшіе порѣза, а на лѣвой сторонѣ ея, у горла, сдѣланъ былъ глубокій уколъ, и имъ порѣзана сонная артерія. Кровоизліяніе было внутреннее. Самоубійство прозведено было перочиннымъ ножомъ, который потомъ найденъ въ соборѣ. Трупъ покойнаго помѣщенъ въ часовнѣ городского полицейскаго дома. «Моск. Вѣд.», 13 октября, 1886 г., № 283.

Приведенный случай напоминаетъ собой скорѣе самоубійство больного въ состояніи *melancholia senilis*, чѣмъ обыкновенное самоубійство въ силу бѣдности.

4) Двѣ записки отравившагося студента Медицинской Академіи.

1) Я отравился самъ; ядъ—Kali cyanatum, денегъ и цѣнныхъ вещей послѣ меня не осталось; прошу увѣдомить сестру мою NN. (Подпись).

2) Сестрѣ. Милая N! Я отравился, потому, что жить было нечѣмъ, не оставляя академіи. Простись за меня съ мамой, братомъ, кошкой и со всѣми. Твой (Подпись). Прощай.

P.S. Изъ С—а не получилъ ни полслова; я писалъ два раза.

Б) Самоубійство подъ вліяніемъ болѣзней.

Самой частой причиной этого рода самоубійствъ служатъ душевныя болѣзни; въ оставляемыхъ запискахъ почти всегда можно найти указанія на характеръ болѣзни.

1) *Покушеніе на отравленіе.* Помѣщикъ 40 лѣтъ, изъ невропатической семьи, заболѣлъ ипохондрической формой меланхоліи и бредилъ мыслью о зараженіи собачьимъ бѣшенствомъ отъ комнатной собачки, хотя она его не укусила. Больной страшно боялся наступленія бѣшенства и хотя постоянно твердилъ и старался всѣхъ увѣрить, что собачка его не укусила, и слѣдовательно зараженія не могло быть, тѣмъ не менѣе тоска и болѣзненное ожиданіе поддерживали въ немъ мысль о неминуемомъ наступленіи бѣшенства. Больной былъ помѣщенъ въ псиxіатрическую лѣчебницу. Онъ сумѣлъ достать 60 граммовъ хлоралъ-гидрата. По принятіи яда у больного наступила коматозная спячка; своевременно поданная помощь (подкожное впрыскиваніе strichnini nitrici спасло больного). Вотъ его письмо, имѣющееся у насъ:

Умирая, я вновь подтверждаю, что собака меня не укусила, а только потерлась о пальто, какъ я всегда говорилъ. Я не ласкалъ ее. Меня видимо наказалъ Господь.

Прошу у всѣхъ прощенія, а мнѣ прощать некому и нечего.

Прошу не анатомировать меня, а похоронить около бабушки NN.

Прошу молиться обо мнѣ. Прошу прощенія у всѣхъ, кому надоѣлъ своей продолжительной болѣзнью. (Подпись).

2) Записка повѣсившагося кухоннаго мужика[1]) (вѣроятно алкоголиста).

Ты NN какъ думаешь о телячьей головѣ подъ острымъ соусомъ? Я былъ у тебя, а ты у меня. Егоръ.

Завтра меня будутъ рѣзать.

3) Записка повѣсившагося отставного офицера 34 лѣтъ, бывшаго добровольцемъ въ Сербіи (вѣроятно алкоголизмъ). Письмо, наполненное дурными чувствами, слѣдующаго содержанія:[2])

Крещеному, но архибезнравственному жиду.

Будь пока доволенъ тѣмъ, что передъ смертью я снялъ для тебя съ своихъ плечъ послѣднее пальто и передай матери прилагаемую записку.

Да! жида не только въ купели не проймешь—ему и керосину мало—все Іудой пахнуть будетъ отъ него. Подлое племя. Іуда! Будь проклятъ!

NN! Будь проклята!

4) Убійство и самоубійство.

Отравившійся 30 октября вмѣетѣ съ женой своею и ребенкомъ врачъ-гомеопатъ Максимиліанъ Карловичъ Боянусъ сынъ тоже врача гомеопата. Покойный М. К. Боянусъ медицинское образованіе получилъ въ Дерптскомъ университетѣ и тамъ же получилъ ученую степень доктора. Въ домѣ Сергѣева, на Никитской, онъ жилъ около двухъ лѣтъ и занималъ квартиру въ 5 комнатъ съ платой 480 р. въ годъ. То, что супруги Боянусъ, вслѣдствіе отсутствія практики у мужа, нуждались, не было почти никому извѣстно: лишь близкимъ знакомымъ они высказывали это и жили очень экономно. При осмотрѣ квартиры ихъ послѣ обнаруженія самоубійства денегъ въ ней оказалось только 2 рубля; деньги эти лежали на столѣ, вложенные въ паспортъ прислуги супруговъ Боянусъ: прислугѣ по 31 октября недоплачено было 2 р., и послѣднія свои деньги супруги назначили для разсчета съ нею. Квартира оплачена была по 1 ноября. Въ вечеръ, предъ самоубійствомъ, прислуга входя въ послѣдній разъ въ комнаты къ хозяевамъ видѣла что самъ Боянусъ ходилъ молча по комнатѣ, жена его писала что-то у письменнаго стола, а трехлѣтняя дочь ихъ сидѣла на полу на коврѣ съ игрушками. Жена Боянуса очевидно съ вечера писала то письмо на имя брата своего мужа, тоже врача-гомеопата, Н. К. Боянуса, въ которомъ она объясняетъ что по согласію съ мужемъ они умираютъ потому что медицинская практика не давала имъ даже самыхъ необходимыхъ средствъ къ жизни. Отравили дочь и отравились сами супруги Боянусъ, какъ полагаютъ, аконитомъ, такъ какъ стлянка съ остатками этого яда оказалась на столикѣ у постели незаткнутая, среди другихъ стклянокъ.

Едва ли можно сомнѣнаться, что супруги Боянусъ страдали помѣшательствомъ. Мы считаемъ правдоподобнымъ, что у одного изъ супруговъ болѣзнь развилась обычнымъ порядкомъ, а другой заболѣлъ

---

[1]) Лихачевъ. Самоубійство въ Зап. Европѣ и Россіи. С.-Петербургъ 1882 годъ, стран. 246.

[2]) Ibid, pag. 246.

впослѣдствіи *наведенной* (индуцированной) формой помѣшательства. Психическая болѣзнь супруговъ Боянусъ доказывается тѣмъ, что они, умирая добровольно, по взаимному соглашенію лишили жизни свою малолѣтнюю (3 лѣтъ) дочь. Они безъ сомнѣнія, руководились обыкновеннымъ міровоззрѣніемъ меланхоликовъ о томъ, что дочь ихъ будетъ также несчастна, какъ и они сами. Самоубійцы (не страдающіе психозомъ) не совершаютъ подобныхъ убійствъ, а напротивъ, какъ это мы видѣли выше, употребляютъ всѣ мѣры къ тому, чтобы близкіе къ нимъ люди оставались въ живыхъ, при этомъ, родители поручаютъ своихъ дѣтей попеченію родныхъ или друзей, выражаютъ пожеланія, чтобы жизнь и воспитаніе дѣтей такъ или иначе были обставлены и т. д.

В) Самоубійство подъ вліяніемъ утомленія жизнью (taedium vitae).

Утомленіе жизнью или отвращеніе отъ жизни является одной изъ частныхъ причинъ самоубійства. У многихъ самоубійцъ мы находимъ въ ихъ послѣднихъ запискахъ ссылку на это душевное настроеніе; иногда утомленіе жизнью выставляется, какъ единственное побужденіе къ самоубійству. Людямъ всѣхъ націй знакомо это психическое состояніе, и они называютъ его однимъ и тѣмъ же именемъ.

Слѣдуетъ ли признать это состояніе душевной болѣзнью? Можно ли его отождествить съ меланхоліей? Brierre de Boismont отвѣчаетъ на этотъ вопросъ отрицательно. «Отвращеніе отъ жизни»,—говоритъ онъ,—является частой причиной самоубійства при отсутствіи всякихъ признаковъ помѣшательства [1]). Состояніе, о которомъ идетъ рѣчь носитъ различныя наименованія: *утомленіе жизнью, скука, отвращеніе отъ жизни;* его называютъ также *утратой жизнерадости* или *жизнерадостнаго настроенія* въ противоположность живому чувству жизни; иногда, наконецъ, называютъ его *разочарованіемъ.* Что состояніе это, проявляющееся, судя по имени, въ различныхъ оттѣнкахъ, не можетъ быть отождествленно съ душевной болѣзнью—это очевидно изъ того факта, что оно наблюдается гораздо чаще, чѣмъ душевныя болѣзни. Въ извѣстныя эпохи оно усиливается, принимая характеръ эпидеміи. Но между усиленіемъ его и учащеніемъ душевныхъ болѣзней не существуетъ соотвѣтствія. Очевидно, что оно не можетъ быть отнесено, къ разряду болѣзней. Утомленіе жизнью замѣчается въ переходные періоды общественной мысли, при смѣнѣ одного міровоззрѣнія другимъ. Въ этомъ случаѣ оно можетъ зависѣть отъ крайняго напряженія мысли, при которомъ *усталость* является событіемъ неизбѣжнымъ.

---

[1]) l. c. pag. 292.

Переходныя эпохи могутъ сопровождаться также и *разочарованіемъ*, вполнѣ естественнымъ въ тѣ минуты, когда человѣкъ долженъ оставить міросозерцаніе, съ которымъ сжился и перейти къ новому. Этотъ сложный процессъ психологической ломки не можетъ обойтись безъ внутренней борьбы и неразлучнаго съ ней утомленія. Такимъ образомъ естественное теченіе жизни и ея успѣхи, повидимому, не минуемо связаны съ возможностью утомленія, съ разочарованіями, съ утратой жизнерадости.

Первое описаніе утомленія жизнью встрѣчаемъ у Сенеки. «*Зло, овладѣвшее нами*, говоритъ этотъ философъ, *не зависитъ отъ мѣста*,— *оно въ насъ самихъ; мы безсильны переносить что-либо, мы неспособны чувствовать боль, утратили возможность наслаждаться. Сколько людей призываютъ смерть послѣ того, какъ испытавши все, не находятъ ничего новаго! Жизнь, свѣтъ становятся для нихъ въ тягость; и даже среди радостей они восклицаютъ: какъ? все то же!* [2])».

Въ эпоху Сенеки самоубійство было настоящей повальной болѣзнью, люди испытывали какъ бы какую-то потребность умирать; жизнь казалась имъ лишней.

Состояніе духа, столь ясно изображенное философомъ, можно наблюдать нерѣдко. Мы имѣли случай подробно изслѣдовать психическое состояніе молодого человѣка, утратившаго жизнерадость и выражавшаго намѣреніе лишить себя жизни. Его удерживали отъ самоубійства только мольбы матери. Самъ же онъ, какъ выражался, не испытывалъ никакого удовольствія отъ жизни, не чувствовалъ потребности жить и не испытывалъ ни малѣйшаго страха или другого волненія въ тѣ моменты, когда въ рукахъ его былъ заряженный револьверъ, а въ мысляхъ—готовое рѣшеніе направить его противъ себя. Приведемъ нѣсколько примѣровъ этого состоянія.

1) Письмо личнаго почетнаго гражданина, адресованное къ лицамъ городской полиціи, имѣвшимъ прибыть для составленія протокола.

Заявляя лицамъ, прибывшимъ для составленія протокола и обязаннымъ знать о всемъ случившемся въ жизни, что я сегодня въ пятницу 10 ноября сего 18** года, вечеромъ въ номерѣ, здѣшней гостинницы, вслѣдствіе собственнаго желанія, но безъ всякихъ, положительно, особенныхъ причинъ, а единственно только потому, что мнѣ сильно надоѣла жизнь, въ чемъ, однако, никто не виноватъ, и на что я уже давно рѣшился, прекращаю свое существованіе посредствомъ револьвернаго выстрѣла и одновременно съ нимъ принятія дозы Cyanur'a de Potassium'a, (орудія эти гдѣ досталъ, нахожу совершенно недолжнымъ объявлять), обращаюсь къ нимъ съ всепокорнѣйшею просьбою приказать сдѣлать возможное съ ихъ стороны распоряженіе,

---

[2]) Seneca, De tranquillitate animi.

или если не отъ нихъ зависитъ, то оказать содѣйствіе къ исполненію моего послѣдняго желанія, заключающагося въ слѣдующемъ: по составленіи протокола и отправленіи моего трупа, по принятому, вѣроятно порядку, въ ближайшій пріемный покой, не предавать его затѣмъ землѣ ни подъ какимъ видомъ и не смотря ни на какіе, могущіе возникнуть противъ этого, протесты моихъ родственниковъ, а непремѣнно отдать его, мой трупъ, хотя онъ, конечно, далеко не интересенъ, для научнаго анатомированія и вмѣстѣ съ тѣмъ въ полное и неотъемлемое владѣніе и распоряженіе Медико-Хирургической Академіи или такъ называемой Клиники. И эта просьба моя, я льщу себя надеждою, по той причинѣ, что послѣдняя воля умирающаго всегда исполняется, будетъ уважена и пунктуально выполнена. Затѣмъ, повторяя, что въ смерти моей никто не виновенъ, прошу у лицъ, коимъ я при жизни моей сдѣлалъ зло—извиненія. Для уплаты за номеръ со мною есть нѣсколько денегъ, но въ случаѣ, если номерной найдетъ эту сумму недостаточною, то предлагаю ему обратиться за прибавкою въ мѣсто моего жительства (адресъ и подпись). [1])

Какъ на черту, свидѣтельствующую *объ утомленіи* автора приведеннаго сейчасъ письма нельзя, не указать на отсутствіе страха и сохраненіе полнаго спокойствія при мысли объ анатомированіи тѣла съ предназначеніемъ его для цѣлей научнаго изслѣдованія. Тонъ и спокойствіе, съ которымъ человѣкъ говоритъ о вскрытіи своего тѣла, стоитъ въ рѣзкомъ противорѣчіи съ тѣмъ напр. страхомъ и ужасомъ, какой идущему на казнь внушаетъ мысль, что его тѣло по смерти можетъ быть подвергнуто вскрытію. Съ того времени, какъ въ послѣдніе годы (начиная съ 1884 года) французскіе антропологи начали дѣлать научныя изслѣдованія надъ трупами только что казненныхъ преступниковъ, обычной фразой послѣднихъ, слышимой каждый разъ на пути къ эшафоту, было: *je ne veux pas a l'amphytheatre* (*не хочу въ анатомическій театръ*), хотя, казалось бы, для умершаго должна быть безразлична судьба его тѣла.

2) *Самоубійство.* 1-го іюня 1885 г., около 7-ми часовъ вечера, застрѣлился у себя на квартирѣ (Ивановская ул., д. Скабицкаго) изъ револьвера 18-тилѣтній юноша, ученикъ VI класса кіевскаго реальнаго училища Мечиславъ Александровичъ Поплавскій. Покойный—сынъ поручика конвойной команды, по отзывамъ всѣхъ знавшихъ его—велъ себя и учился прекрасно, отличался веселымъ характеромъ и былъ любимъ всѣми. 1 іюня, въ 6 час. вечера, онъ находился въ кругу своихъ родныхъ и совершенно спокойно бесѣдовалъ съ ними; затѣмъ вышелъ въ спальню отца, гдѣ въ то время никого не было. Спустя нѣкоторое время, раздался выстрѣлъ, и когда всѣ домашніе вбѣжали въ кабинетъ, то самоубійца лежалъ на полу; изъ носа у него текла кровь; на груди,

[1]) Лихачевъ, l. с. 236.

на сюртукѣ, была круглая обожженная дыра; рядомъ валялся отцовскій револьверъ. Немедленно пригласили врача, но было уже поздно; бѣдный юноша умеръ. На столѣ найдена была записка слѣдующаго содержанія, заставляющая сомнѣваться въ нормальномъ психическомъ состояніи самоубійцы.

Всѣмъ, кому угодно. Наконецъ, послѣ долгаго мышленія, осуществляю мою мысль, которая уже нѣсколько лѣтъ засѣла ко мнѣ въ голову (обыкновенно понимать). Результатъ этого мышленія, по всей вѣроятности, [васъ обрадуетъ—мой девизъ съ давнихъ порт,—конечно относительно моей короткой жизни.—Жить (человѣкомъ, а дальше не знаю) для себя и, если только самому доставляетъ удовольствіе ддля другихъ? — Но при этомъ такъ политиковать, чтобы всѣ любили и уважали?! (ужаснулись??!! не ожидали!) Я такъ старался поступать.—Понятны мои дѣйствія, мое обращеніе, мои взгляды (знакомые вамъ до девиза)???

Изъ девиза (моего) можно судить также о взглядѣ (настоящемъ) моемъ на жизнь (человѣческую) и почему я, можетъ быть, нѣсколькими годами ранѣе срока (случайности) самовольно спѣшу познакомить свое тѣло съ существами, живущими подъ землей (вещественное).

Для науки (ради своего удовольствія—девизъ?) однимъ хочу послужить (Кіев. универ.) медицинскому факультету (въ переносномъ значеніи) дарю свою, послѣ того какъ умремъ (перемѣнимъ жизнь) голову. Живая не поступила-бы!?!?!!??!!! — Пусть лучшій профессоръ (медик) собственноручно отдѣлитъ ее отъ тѣла (странно девизъ?) и заберетъ въ анатомическій театръ, (куда слѣдуетъ) для изслѣдованія. Кто хочетъ—живи, не хочешь—предлагаю идти по моему пути (вѣдь все равно); мнѣ жизнь а въ особенности въ будущемъ, улыбалась (обыкновенно понимать).

Пожеланій не дѣлаю—такъ какъ все равно не будете знать навѣрно—исходятъ ли они чистосердечно, или криводушно—девизъ??!!

Реалистъ VI класа
В. Поплавскій.

1885 года
(мѣсяца, числа,
дня—не знаю).

P. S. Если орудіе окончательно не подѣйствуетъ, то прошу повѣсить его около кровати, на которой я буду лежать, чтобы я могъ на него (какъ не послушнаго) съ наслажденіемъ взирать.

Пусть всѣ знакомые мои (а если кто желаетъ, то и незнакомые) придутъ ко мнѣ—буду очень радъ. Конечно, говорю про тотъ случай, если я не сраз.... понятно? Реалистовъ извѣстите о моемъ поступкѣ только тѣхъ, кто у меня въ домѣ бывалъ»

Внизу подписано: «Желающимъ». («Заря» № 121, 4 окт. 1885 г.)

Въ этомъ письмѣ, какъ и въ предыдущемъ, замѣтно разочарованіе, равнодушіе усталаго человѣка, отсутствіе страха, отсутствіе другихъ волненій; но вмѣстѣ съ тѣмъ видѣнъ и недостатокъ установившагося нравственнаго міросозерцанія (*«политиковать, чтобы всѣ любили и уважали. Я такъ старался поступать»*). Равнодушіе и безучастіе при мысли о вскрытіи его тѣла, объ отдѣленіи головы—такъ велики и такъ поражаютъ на первый взглядъ, что можно бы думать о душевной бо-

лѣзни этого и подобныхъ ему авторовъ. Не отрицая, что въ данномъ случаѣ быть можетъ и была душевная болѣзнь, мы на основанiи нашего личнаго опыта приходимъ къ заключенiю, согласному съ мнѣнiемъ Brierre-de-Boismont'что утомленiе жизнью, равнодушiе и тому подобныя явленiя наблюдаются и у тѣхъ самоубiйцъ, которые не страдаютъ психической болѣзнью.

Мы имѣли случай близко познакомиться съ описываемымъ явленiемъ, которое мы наблюдали у учащихся въ Кiевѣ, а также въ различныхъ учебныхъ заведенiяхъ Петербурга (въ бытность нашу врачемъ клиники душевныхъ болѣзней при Военно-Медицинской Академiи) и не сомнѣваемся, что грустный пессимизмъ не всегда можетъ быть вставленъ въ рамки патологiи, и что развитiю и увеличеннiю числа самоубiйствъ содѣйствуютъ помимо болѣзней и *другiя причины.* Въ этомъ отношенiи не можемъ не сослаться на глубокаго знатока индивидуальной и общественной души—А. Ѳ. Кони; онъ главную причину увеличенiя числа самоубiйствъ въ средѣ образованныхъ людей русскаго общества съ 1864 по 1874 годъ усматриваетъ въ отсутствiи общественныхъ идеаловъ [1]). *Приходится признать* говоритъ онъ, *что значительное число самоубiйствъ совершаются въ здоровомъ умѣ и твердой памяти и что совокупность общественныхъ, экономическихъ и бытовыхъ условiй, въ связи съ упадкомъ религiознаго чувства, развитiемъ чрезвычайныхъ матерiальныхъ требованiй въ жизни, затемняющихъ ободрительные нравственные идеалы, играютъ въ качествѣ почвы для самоубiйства не меньшую роль, чѣмъ душевныя болѣзни.*

Нельзя не присоединиться вполнѣ къ приведенному глубокомысленному выводу. Въ самомъ дѣлѣ, съ упадкомъ нравственныхъ идеаловъ въ обществѣ утрачивается одно изъ орудiй, одно изъ средствъ *возбуждающихъ чувства* и открываются условiя для равнодушiя, для упадка самого *чувства жизни.* На такой почвѣ общественной жизни можетъ развиваться у отдѣльныхъ лицъ taedium vitae. Въ психологическомъ отношенiи состоянiе это характеризуются повидимому пониженiемъ или ослабленiемъ чувства при сохраняющейся ясности мысли и свободѣ умственныхъ процессовъ. Оно отличается отъ меланхолическаго или подавленнаго настроенiя духа тѣмъ, что при немъ понижается самая способность къ душевнымъ волненiямъ, и человѣкъ впадаетъ въ состоянiе нѣкотораго эмоцiональнаго безразличiя. Всего чаще это состоянiе развивается послѣ глубокихъ или продолжительныхъ волненiй въ силу *истощенiя.* Вообще *taedium vitae* встрѣчается часто, и быть можетъ другiя причины самоубiйства напр. *бѣдность, нравственныя влiянiя и пр.*,

---

[1]) Протож. Засѣд. Общ. Психiатровъ въ С.-ПБ., 14 ноября 1892 г.

дѣйствуя на человѣка, приводятъ его въ состояніе утомленія. Намъ приходилось наблюдать подобное состояніе. Въ поясненіе приведемъ два случая.

Семейный человѣкъ потерявшій жену, заболѣлъ сифилисомъ и былъ затрудненъ въ леченіи этой болѣзни условіями семейной обстановки; долженъ былъ скрываться со своей болѣзнью и леченіемъ; но болѣе всего ему было тягостно нравственное противорѣчіе между прежней чистой семейной жизнью и новыми безпорядочными условіями. Человѣкъ былъ выбитъ изъ колеи и шелъ неправильной дорогой. Онъ былъ утомленъ нравственно. Ему стало приходить на мысль, что при такихъ условіяхъ не стоитъ жить, Съ появленіемъ этихъ мыслей онъ, такъ сказать, приблизилъ къ себѣ, бывшій у него, давно забытый револьверъ, хранившійся въ дальнихъ ящикахъ. Хотя опредѣленной мысли о самоубійствѣ у него не было, но обхожденіе съ револьверомъ стало случаться чаще и чаще. Однажды,—такъ разсказываетъ самъ больной,—играя револьверомъ, онъ вдругъ подумалъ, не пустить ли его въ ходъ. Съ этой мыслью, лежа на постели онъ направилъ дуло оружія, но безъ всякаго прицѣла, по направленію ногъ, думая при этомъ, *попадетъ все равно.* При этомъ онъ не испытывалъ ни страха, ни внутренняго противодѣйствія. Послѣдовалъ выстрѣлъ, не попавшій въ цѣль; больной выпустилъ слѣдующій зарядъ—попалъ въ стопу. *Послѣ этого,* такъ разсказываетъ больной, *ему пришла мысль,—надо стрѣлять дальше.* Онъ снова выстрѣлилъ—попалъ въ мягкія части ноги ниже колѣна. Когда онъ увидѣлъ кровь, ему пришла мысль: сейчасъ прійдутъ на выстрѣлъ: *теперь надо стрѣлять въ сердце.* Онъ выпустилъ въ грудь два заряда и остановился, находясь въ сознаніи и помня, что въ его распоряженіи имѣется еще одна пуля. Но онъ дальше не стрѣлялъ, подумавши: *все равно.* Раны оказались не смертельными, больной поправился.

Сходный съ описаннымъ случай мы наблюдали въ Петербургѣ въ 1877 году. Воспитанникъ одного изъ учебныхъ заведеній, много потерпѣвшій отъ бѣдности и лишеній, впалъ въ состояніе пессимизма, усталъ душой, и у него стала являться мысль о самоубійствѣ. Онъ давно имѣлъ револьверъ. Однажды, чувствуя себя особенно дурно, онъ сказалъ себѣ: «*нѣтъ надо кончить*». Съ этой цѣлью онъ отправился ночью на Крестовскій Островъ чтобы выстрѣлить въ себя, свѣсившись чрезъ перила моста—обычный въ ту пору въ С.-Петербургѣ пріемъ самоубійства. Находясь въ неопредѣленномъ состояніи, не испытывая никакихъ волненій, онъ былъ на одинъ шагъ отъ смерти. Въ эту пору по направленіи къ нему шелъ полицейскій. Внезапно у него являлась мысль: «*надо поскорѣе стрѣлять, чтобы не помѣшали*», но полицейскій остановился и это отсрочило катастрофу. Совершенно неожиданно пришла

въ голову мысль: *пойти сначала къ психіатру .... и послѣ визита къ нему еще можно успѣть до наступленія зари застрѣлиться.* Больной позвонилъ къ намъ. Разбудивши меня по очень *важному дѣлу*, какъ онъ объяснилъ, онъ разсказалъ то, что сейчасъ изложено. Послѣ бесѣды больной оставилъ у меня свой револьверъ и охотно далъ взятое съ него слово, что въ теченіе недѣли онъ не будетъ дѣлать новыхъ покушеній и будетъ исполнять совѣты своего врача. Больной безпрекословно повиновался всему, что у него потребовали, сказавши: *неужели послѣ этого можно жить.* Онъ совершенно оправился. Повидимому обстановка семейнаго дома, гдѣ онъ неожиданно, среди ночи нашелъ хлѣбъ-соль и участливое спокойствіе хозяевъ—врачей, послужили толчкомъ, постепенно преобразовавшимъ его душевное настроеніе. Впослѣдствіи онъ вспоминалъ объ этомъ и утверждалъ, что былъ въ высшей степени близокъ отъ смерти, и что спасеніе его—счастливая случайность. Объ этой случайности онъ навсегда сохранилъ трогательное воспоминаніе.

Г) Самоубійство подъ вліяніемъ нравственныхъ причинъ.

Наиболѣе поучительнымъ и нагляднымъ примѣромъ значенія и силы нравственныхъ условій въ дѣлѣ самоубійства является, получившая широкую извѣстность *Линцская драма.* Талантливая женщина, сдѣлавшись жертвой оскорбленія и измѣны, пережила глубоко-трагическія минуты, приведшія ее къ рѣшенію прекратить свою жизнь. Подробныя письма этой страдалицы, содержащія въ себѣ тонкій и глубокій анализъ нравственнаго самочувствія, не нуждаются въ комментаріяхъ. Замѣтимъ только, что въ этомъ случаѣ нѣтъ и рѣчи о надломленной натурѣ, объ утомленіи, о психической болѣзни и проч. Напротивъ, мы видимъ здѣсь высоко одаренную человѣческую натуру, которая въ своемъ полномъ расцвѣтѣ и во всеоружіи нравственныхъ силъ вступаетъ въ борьбу съ пошлостью и отрицательными сторонами жизни; здѣсь мы встрѣчаемся со всѣми элементами трагическаго положенія, въ которомъ смерть явилась необходимымъ условіемъ для торжества идеи.

Линцская драма.

Кровавая, романическая трагедія разыгралась близъ Линца. Мѣсто дѣйствія—прелестный, тѣнистый паркъ великолѣпнаго замка графской фамиліи Куденгове, въ Отенсгеймѣ. Героини—двѣ молодыя француженки: Марія Дамэнъ, 20-ти лѣтъ, и Алина Реннвиль, 26-ти лѣтъ, пріѣхавшія въ Вѣну жить и окончившія свои молодыя жизни одновременнымъ самоубійствомъ, совершоннымъ ими среди душистыхъ розъ и цвѣтовъ парковаго сада. Время самоубійства — прекрасная, лунная іюньская ночь. Мотивы—несчастная любовь къ недостижимому „chevalier", горячая материнская преданность къ новорожденному ребёнку и, наконецъ, взаимная сердеч-

ная любовь подругъ. Главный герой—молодой 23-хлѣтній, аристократъ, владѣлецъ замка графъ Гейнрихъ Куденгове, геройство котораго состояло, впрочемъ, въ томъ, что онъ явился косвеннымъ виновникомъ смерти двухъ женщинъ, оставшись самъ въ живыхъ и продолжая носитъ громкій титулъ „первостатейнаго кавалера", полученный имъ, конечно, не по заслугамъ, а по рожденію въ знатнѣйшей, аристократической фамиліи.

Въ январѣ 1881 года, молодая и очень красивая дѣвица Марія Дамэнъ (театральное имя—Марія Дальмонъ) пріѣхала изъ Парижа въ Вѣну, желая усовершенствоваться въ музыкѣ и пѣніи и поступить въ оперную труппу. Марія Дамэнъ, дочь французской актрисы, выступила, еще въ Парижѣ, въ качествѣ оперетной пѣвицы, гостила нѣсколько разъ въ Лондонѣ и, благодаря своимъ талантамъ и симпатичной наружности, была встрѣчена театральной публикой чрезвычайно сочувственно. По прибытіи въ Вѣну, она стала брать у одной извѣстной „профессорши" уроки музыки и пѣнія, причомъ занятія шли очень успѣшно, и учительница возлагала большія надежды на свою „будущую Патти". Съ Маріей Дамэнъ пріѣхала въ Вѣну ея подруга, оставшаяся ей вѣрною въ жизни и смерти, дѣвица Алина Реннвиль, родомъ изъ Шербура, владѣтельница небольшого помѣстья. Дѣвица Дамэнъ была характера кроткаго, уступчиваго, живого; подруга ея страдала, по временамъ, меланхоліей и отличалась мрачнымъ взглядомъ на жизнь и людей. Обѣ онѣ вели жизнь скромную, тихую. Онѣ были знакомы съ персоналомъ французскаго посольства въ Вѣнѣ, и Марія Дамэнъ участвовала однажды въ драматическомъ представленіи, данномъ въ домѣ французскаго посла. Еще зимою 1881 года, Марія Дамэнъ познакомилась, въ домѣ посольства, съ молодымъ графомъ, Гейнрихомъ Куденгове, который, съ свойственнымъ рыцарямъ рвеніемъ, началъ „ухаживать" за «восхитительной француженкой». Слѣдствіемъ этого ухаживанія, сопровождавшагося безпрестанными увѣреніями о будущемъ законномъ супружескомъ сожительствѣ, оказалось „материнское состояніе" дѣвицы Дамэнъ. Но пусть говоритъ сама несчастная Дамэнъ, оставившая много писемъ и длинное завѣщаніе:

Письмо Маріи Дамэнъ:

„Я отправлюсь въ Линцъ, чтобъ встрѣтиться съ графомъ Гейнрихомъ Куденгове, съ которымъ я, съ апрѣля прошлаго года, жила какъ съ супругомъ. Въ началѣ іюля я почувствовала себя матерью и это разбило мою жизнь. Я далека отъ мысли жаловаться по поводу этого: подобное состояніе явилось заслуженнымъ наказаніемъ моей слабости. Я прибыла въ Вѣну, чтобы усовершенствоваться въ пѣніи. Я должна была, въ вѣнской оперѣ, дать пробное пѣніе, когда почувствовала, что я мать. Я писала барону Гофману, интенденту придворныхъ театровъ, что семейныя дѣла заставляютъ меня покинуть Вѣну. Графа Гейнриха Куденгове я могу только упрекать въ томъ, что его обращеніе со мною принуждаетъ меня сдѣлать этотъ отчаянный шагъ. Если онъ не захочетъ меня услышать, если онъ не захочетъ просить прощенія за всѣ муки, нанесенныя имъ мнѣ, если онъ не пообѣщаетъ поправить сдѣланную имъ несправедливость—я убью себя. Первая его несправедливость состояла въ томъ, что онъ противился моему плану вернуться во Францію и провести тамъ тяжелое время, меня ожидавшее. Онъ сказалъ мнѣ тогда: «Ты не имѣешь права оставить отца дитяти, которое носишь подъ своей грудью. Я тебя никогда не оставлю, союзъ связываетъ меня вѣчно съ тобою; мы никогда не разлучимся и я женюсь на тебѣ, какъ скоро мнѣ возможно будетъ это сдѣлать. Съ твоей стороны слишкомъ жестоко желать оставить меня".

Послѣ этого, я сочла долгомъ остаться. Я довѣряла ему, была убѣждена, что онъ исполнитъ долгъ относительно матери своего ребёнка. Съ того времени я убѣдилась, что ему хотѣлось только подольше оставить у себя женщину. Клянусь, что это правда. Впрочемъ, онъ разъ писалъ мнѣ: „Я счастливъ, что могу написать тебѣ хоть нѣсколько словъ, чтобъ утѣшить тебя въ твоемъ положенiи. Если, дѣйствительно, наступитъ несчастный случай—не бойся, моя горячолюбимая! Я буду у тебя, и если даже судьба не позволитъ намъ сочетаться бракомъ, любовь соединитъ насъ навсегда. Я буду знать, чего требуютъ честь и религiя отъ человѣка, имѣющаго дитя—заботиться о счастьи сына и матери... Я заранѣе обязываюсь обезпечить твое будущее, насколько позволяютъ мои средства. Въ этомъ я клянусь тебѣ. На счетъ этого я даю тебѣ мое честное слово, какъ джентльменъ и будущiй офицеръ. Это письмо, которое останется въ твоихъ рукахъ, послужитъ документальнымъ доказательствомъ въ этомъ".

Въ концѣ сентября, онъ вернулся къ своему отцу. Я осталась тогда въ неописанной нуждѣ, въ Дэблингѣ (близъ Вѣны), гдѣ мы въ послѣднiй разъ жили вмѣстѣ. Мнѣ пришлось продать все, что у меня было, даже мои шляпы. Когда я ему писала, чтобъ онъ откровенно разсказалъ все отцу, онъ мнѣ, въ отвѣтъ на это, писалъ «интересную новость»—его «вѣрная лошадь наколола себѣ ногу»! Я хотя не перестала надѣяться, но, наконецъ, сознала ошибку. Я хотя знала, что онъ несовершеннолѣтенъ и несвободенъ, но для **отца** нѣтъ несовершеннолѣтiя по достиженiи 23-хъ лѣтъ. Имѣй онъ сердце, ему слѣдовало бы сказать отцу: «Предъ нами женщина, которую я сдѣлалъ матерью и которой я все обѣщалъ, что только возможно обѣщать. Я удержалъ ее отъ возвращенiя на родину: она теперь здѣсь, безъ помощи и всѣми покинута. Ты долженъ, ради моей чести, принять ее подъ свою защиту». Вмѣсто этого, онъ соединился со своимъ отцомъ противъ меня и противъ своего собственнаго ребенка! Я изумляюсь, что графъ Францъ (отецъ Гейнриха) можетъ быть такимъ жестокимъ относительно ребенка своего сына.

Они всегда думали, что для меня важны ихъ деньги, въ виду того, что чувство любви одержало у меня верхъ надъ чувствомъ чести, и поэтому надѣялись легко посягнуть на мои права. Гейнрихъ взялъ у меня слово уѣхать въ Италiю, чтобъ тамъ разрѣшиться отъ бремени. Возвратиться же я должна была тогда, когда все пройдетъ благополучно, чтобъ избѣжать судебныхъ непрiятностей. Въ благодарность за это, онъ клялся мнѣ признать ребенка своимъ. Предъ моимъ отъѣздомъ, графъ Францъ распорядился, чтобъ меня вызвалъ полицейскiй въ Дэблингѣ, который меня оскорбилъ, такъ что я вынуждена была обратиться къ адвокату. Потомъ оберкомисаръ Ландштейнеръ, въ Вѣнѣ, опять «пригласилъ» меня: онъ былъ по формѣ выраженiя хотя вѣжливѣе но, по существу, еще болѣе грубъ. Онъ именно предложилъ мнѣ 4.000 гульденовъ, если я дамъ письменное заявленiе, что графъ Гейнрихъ Куденгове не есть отецъ моего ребенка. Я съ возмущенiемъ отклонила это предложенiе.

Во всемъ этомъ дѣлѣ ни отецъ, ни сынъ не хотѣли понять, что женщина можетъ пасть, не переставая при этомъ быть достойной. Предложенiя о письменномъ заявленiи, что графъ Гейнрихъ не состоитъ отцомъ ребенка, были сдѣланы мнѣ и по рожденiи сына... Это оскорбленiе болѣе, чѣмъ невыносимо. Предложить мнѣ, по рожденiи сына, чтобъ я опозорила жизнь этого невиннаго созданiя (я не говорю о своихъ собственныхъ чувствахъ, потому что я больше не считаю себя живой на землѣ)—это слишкомъ много. Его рожденiе хотя не легально, но и не позорно. Я не хочу говорить о той бѣдности, въ которую я попала бы, еслибъ осталась дольше жить; это вѣдь не имѣетъ значенiя. Еслибъ я хотѣла просить помощи у людей, мнѣ нетрудно было ее найти. Я этого не дѣлаю: я стыжусь того, что предалась такому человѣку, который не былъ достоинъ меня, и что я больше не въ силахъ жить. Я

считаю себя счастливой, что конецъ моей жизни и страданій приближается. Во мнѣ все вымерло, даже чувство самосохраненія.

«Алина, которую я взяла съ собою въ компаніонки, и которая предана мнѣ до безконечности, не хочетъ оставить меня и по смерти. Я все предпринимаю, чтобы отговорить ее отъ этого рѣшенія; но она любитъ меня больше всего на свѣтѣ и хочетъ умереть со мною. Мы желаемъ быть вмѣстѣ похороненными здѣсь, въ Вѣнѣ, и просимъ, чтобы тѣла наши не перевозили во Францію. Это наше послѣднее желаніе. 10-го іюня 1882 года. Марія Дамэнъ-Дальмонъ.

Письмо это было запечатано въ конвертѣ, на которомъ находилась черная печать и были написаны слова: «Прочесть послѣ смерти». Въ другомъ конвертѣ лежало короткое письмо г-жи Реннвиль, заявившей, что она освобождаетъ свою подругу отъ всякой отвѣтственности въ ея, Реннвиль, смерти, на которую она рѣшается «изъ одной только любви и преданности къ подругѣ, съ которой она желаетъ жить и умереть вмѣстѣ».

12-го іюня, обѣ онѣ поѣхали изъ Вѣны въ Линцъ, гдѣ остановились въ гостинницѣ и записались подъ именами: «Маріи и Анны Цендеръ». Два дня онѣ проживали въ Линцѣ, предпринимали часто загородныя прогулки, а 13-го іюня, вечеромъ, наняли извозчика, котораго отпустили по пріѣздѣ въ замокъ Куденгове, въ Отенгеймѣ, близъ Линца. Ночью, черезъ заборъ, прокрались онѣ въ паркъ, окружающій замокъ, а на слѣдующій день, утромъ, прислуга нашла ихъ трупы. Онѣ лежали недалеко другъ отъ друга, были ранены въ грудь и возлѣ каждой находился револьверъ. Лежали они въ такомъ «порядочномъ» видѣ, что прислуга сначала приняла ихъ за спящихъ. Подъ Маріей Дамэнъ былъ разостланъ пледъ. Мѣстомъ самоубійства онѣ выбрали самую красивую часть парка, находящуюся какъ-разъ противъ покоевъ графа Гейнриха Куденгове и наполненную розами и цвѣтами. Въ карманахъ ихъ нашли письма о причинахъ самоубійства. Графъ Гейнрихъ находился въ эту ночь въ своемъ замкѣ.

Въ завѣщаніи, оставленномъ Маріей Дамэнъ, говорится слѣдующее:

«Это мое послѣднее желаніе. Я ничего больше не оставляю на свѣтѣ, какъ моего любимаго ребёнка, и покидая этотъ міръ, мнѣ остается только позаботиться объ этомъ ребёнкѣ. Прошу доктора Берггруена (ея адвокатъ) сдѣлаться, по моей смерти, опекуномъ моего сына и принять законныя мѣры, чтобъ ребёнокъ, которому я, вѣдь, ничего не оставила, не былъ брошенъ на произволъ судьбы. Я сама не могла при жизни ставить какихъ-нибудь требованій, въ виду того, что въ этомъ видѣли бы личный интересъ. Но теперь я могу сказать графу Гейнриху Куденгове: «Будь благороденъ и не забудь, что ребёнокъ—сирота!» Я желаю, чтобъ деньги, которыя судъ признаетъ, были распредѣлены слѣдующимъ образомъ. Воспитатель сына, во Франціи, котораго г. Силасъ (другъ умершей) знаетъ, будетъ получать ежемѣсячно или каждую четверть года сумму, опредѣленную судомъ. Если эта сумма превысить 70 франковъ въ мѣсяцъ, то остатокъ сохраняется для сына. Я желаю, чтобъ сынъ мой оставался до пяти-шестилѣтняго возраста въ моей любимой отчизнѣ. Потомъ прошу г. Силасъ взять его въ Вѣну и воспитывать подъ своимъ надзоромъ. Мнѣ желательно, чтобъ онъ научился одинаково хорошо французскому, англійскому, нѣмецкому и даже итальянскому языкамъ. Музыку сынъ мой пусть изучаетъ только тогда, когда у него окажется талантъ. Прошу и умоляю не дѣлать ему послѣ никакихъ стѣсненій при выборѣ имъ карьеры и представить ему въ этомъ отношеніи полную свободу. Я—вѣрующая католичка, но не хочу, чтобъ сынъ мой воспитывался у іезуитовъ. Я считала бы себя несчастной, еслибы сынъ мой, подобно большинству нынѣшней молодежи, ни

во что не вѣрилъ. Въ тотъ тяжолый часъ, въ который я пишу эти строки, вѣра въ загробную жизнь составляетъ единственное мое утѣшеніе! При его воспитаніи слѣдуетъ придавать значеніе и разнымъ физическимъ упражненіямъ—верховой ѣздѣ, фехтованію и т. д. Если у него не будетъ особой склонности къ военной службѣ, пусть служитъ только законный срокъ. Что касается національности моего сына, то хотя Франція и составляетъ отечество моего сердца, но сынъ мой можетъ принять національность своего отца если его склонности и убѣжденія будутъ таковыми. Прошу графа Гейнриха исполнить это мое послѣднее желаніе. Если онъ, всей своей будущей жизнью и обращеніемъ съ сыномъ нашимъ, покажетъ, что имъ дѣлается все въ пользу ребёнка, *тогда я ему прощаю искренно и сердечно.*

«Пусть сынъ мой не знаетъ, что я совершила самоубійство; пусть скажутъ ему, что я пожертвовала своей жизнью ради его, въ тотъ моментъ, когда его родила. Если же онъ, какимъ-нибудь образомъ узнаетъ о родѣ моей смерти, пусть увѣрятъ его, что какая-нибудь болѣзнь заставила меня сдѣлать такой отчаянный шагъ, такъ какъ жаль будетъ, если *ребенокъ вынужденъ будетъ презирать своего собственнаго отца.* Полагаю, что мною все сдѣлано для обезпеченія будущности ребёнка и увѣрена, что *я принесу ему больше пользы своей смертью, нежели дальнѣйшей своей жизнью.* Меня также утѣшаетъ, что потеря матери для мальчика менѣе чувствительна, чѣмъ для дѣвочки. Еслибъ я была замужемъ, сынъ, дарованный мнѣ Богомъ, составлялъ бы мое счастье и гордость; но дрожь пробѣгаетъ по моему тѣлу при мысли, что то созданіе, которое я любила съ того дня, какъ я почувствовала его жизнь, имѣло бы право презирать меня. Еслибъ я осталась дольше жить, кто знаетъ, не была ли бы я, наконецъ побѣждена? Теперь онъ, по крайней мѣрѣ, будетъ упрекать меня только въ его рожденіи, и я прошу у него за это прощенія»...

Смерть Маріи Дамэнъ, какъ мы сказали выше, не требуетъ комментаріевъ; мы ихъ не дѣлаемъ, предоставивъ читателю на всѣ вопросы найти отвѣтъ въ подробномъ, мотивированномъ мнѣніи, изложенномъ въ ея предсмертныхъ письмахъ и ея завѣщаніи. По поводу ея самоубійства мы лишь приведемъ мнѣніе глубоко опытнаго наблюдателя, касательно значенія нравственныхъ причинъ для самоубійства. Жизнь, говоритъ Сенаторъ Кони, часто создаетъ человѣку такую обстановку, изъ которой, при извѣстномъ нравственномъ и душевномъ развитіи даннаго лица, самоубійство является своего рода логическимъ выходомъ, не имѣющимъ ничего общаго съ безумнымъ бредомъ и идеями преслѣдованія [1]).

Въ заключеніе нашего очерка остановимся на вопросѣ общаго характера. Анализъ душевныхъ состояній самоубійцъ въ Россіи рисуетъ намъ туже картину, какую мы находимъ и у другихъ народовъ и приводитъ насъ къ убѣжденію, что мы имѣемъ дѣло съ одними и тѣми же фактами. Этотъ анализъ показываетъ, что причины самоубійства у насъ и у другихъ народовъ тѣ же и входятъ въ область вѣдѣнія частью врачебныхъ наукъ, частью же наукъ общественныхъ. Средства противъ самоубійства даются отчасти медициной, отчасти же ихъ нужно искать

[1]) Протоколъ засѣд. общ. Психіатровъ въ Спб. 14 ноябр. 1892 г.

за предѣлами медицины. Это обстоятельство налагаетъ на врачей—психіатровъ долгъ — ознакомленія съ воззрѣніями юристовъ и философовъ на самоубійство, а съ другой стороны обязываетъ послѣднихъ изучить все то существенное, что открыла медицина въ вопросахъ о самоубійствѣ. Скажемъ больше: явленія самоубійства налагаютъ на представителей разныхъ спеціальностей нравственный долгъ—-трудиться на общемъ полѣ разработки предохранительныхъ мѣръ противу зла, которое въ наши дни стало болѣзнью вѣка.

Вопросы психіатріи и нервной патологіи на VI-мъ Съѣздѣ русскихъ врачей въ память Пирогова въ Кіевѣ, въ апрѣлѣ 1896 г.

Для полной характеристики дѣятельности съѣзда въ прилагаемый краткій отчетъ вошли, кромѣ извлеченій изъ докладовъ, сдѣланныхъ на секціи психіатріи и нервныхъ болѣзней также и отчеты по нѣкоторымъ докладамъ, имѣвшимъ мѣсто въ другихъ секціяхъ, на сколько въ нихъ затронуты вопросы неврологіи.

Въ интересахъ системы, отчеты сгруппированы въ шесть отдѣловъ.

I

Анатомія и физіологія.

Проф. И. С. Поповскій. О развитіи лицеваго нерва у человѣка.

Прибавленіе къ № 11 «Дневника шестого съѣзда общества русскихъ врачей».

Вопросъ о развитіи лицевого нерва у человѣка находится въ тѣсной связи съ вопросомъ о развитіи мимической мускулатуры, такъ какъ образованіе анастомозовъ и сплетеній въ области лицеваго нерва находится въ тѣсной зависимости отъ процесса дифференцировки мускулатуры лица. Изученіе распредѣленія вѣтвей лицеваго нерва въ различные періоды зародышевой жизни у человѣка и отношенія ихъ къ мускулатурѣ лица представляетъ поэтому значительный интересъ съ одной стороны, для подтвержеенія идеи о морфологическомъ единствѣ всей мускулатуры лица человѣка и о происхожденіи ея отъ platysma, съ другой—для доказательства генеза отдѣльныхъ мускуловъ лица. Если съ одной стороны морфологическое единство лицевыхъ мускуловъ и происхожденіе ихъ отъ platysma и находятъ себѣ наиболѣе блестящее подтвержденіе, именно въ томъ фактѣ, что мускулы эти получаютъ свои нервные вѣтви отъ лицеваго нерва, который, какъ показываетъ сравнительная анатомія и эмбріологія, принадлежитъ собственно области подъязычной дуги, а слѣдовательно, является первоначально совершенно чуждымъ лицу и распространяется туда вмѣстѣ съ platysma

то, съ другой стороны, и вопросъ о генезѣ отдѣльныхъ мускуловъ лица у человѣка также можетъ находить себѣ опору въ этомъ фактѣ. При изученіи распредѣленія периферическихъ развѣтвленій лицевого нерва у человѣческаго зародыша мы встрѣчаемся съ отношеніемъ различныхъ его вѣтвей къ отдѣльнымъ мускуламъ лица и выясняемъ между прочимъ, на сколько принципъ иннерваціи приложимъ къ объясненію генеза того или другого мускула. При этомъ изученіи мы знакомимся съ чрезвычайно интереснымъ фактомъ—фактомъ постепеннаго образованія сплетеній въ области n. facialis и образованія анастомозовъ между вѣтвями n. facialis и n. trigemini. Это представляетъ тѣмъ большій интересъ, что въ первыхъ стадіяхъ развитія у человѣческаго зародыша отсутствуютъ не только сплетенія, но даже и анастомозы между вѣтвями n. facialis. Объ анастамозахъ же между вѣтвями n. facialis и n. trigemini въ это время не можетъ быть еще и рѣчи; кромѣ того, это изученіе еще въ томъ отношеніи представляетъ интересъ, что оно констатируетъ самимъ нагляднымъ образомъ зависимость и связь между образованіемъ анастомозовъ и сплетеній въ области n. facialis и дифференцировкой мускулатуры. И въ самомъ дѣлѣ, у человѣческаго зародыша появляются впервые анастомозы между вѣтвями n. facialis какъ разъ въ тѣхъ областяхъ, гдѣ мускулатура лица впервые обнаруживаетъ явленія начинающейся дифференцировки,—это по преимуществу область верхнечелюстная. И наоборотъ, самое простое распредѣленіе вѣтвей n. facialis, безъ всякаго образованія анастомозовъ, встрѣчается тамъ, гдѣ мускулатура сохраняетъ свой примитивный характеръ, напр., на затылкѣ. Мало того, и образованіе анастомозовъ между вѣтвями n. facialis и n. trigemini у человѣческаго зародыша можно поставить въ связь съ тѣмъ же фактомъ, съ фактомъ постепенно наступающей дифференцировки мускулатуры въ нѣкоторыхъ областяхъ лица. Явленіе это не можетъ быть случайнымъ. Послѣ этихъ общихъ замѣчаній авторъ переходитъ къ изложенію распредѣленія периферическихъ развѣтвленій n. facialis въ различные періоды жизни человѣка.

П. И. Карузинъ. Объ измѣненіи спинного мозга, найденномъ въ одномъ случаѣ врожденной атрофіи и контрактуры нижнихъ конечностей.

Прибавленіе къ № 6 Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей.

Въ маѣ 1895 г. въ анатомическій театръ Московскаго университета былъ доставленъ трупъ съ непропорціонально малыми, сведенными въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ конечностями. При вскрытіи спинной мозгъ оказался сильно истонченнымъ, особенно въ нижней части грудного отдѣла; у нижняго края 12-го груднаго позвонка онъ превращается въ тонкую нить, заложенную въ очень съуженномъ позвоночномъ каналѣ, имѣющемъ въ ширину около 2 mm. и длину 4 с.; въ крестцовомъ каналѣ спинной мозгъ образовывалъ утолщеніе и оканчивался у нижняго конца его filo terminali. Длина спинного мозга отъ 1-го шейнаго нерва до мѣста съуженія 31 ст., на этомъ протяженіи всѣ шейные и грудные нервы оказались на лицо. Отъ крестцоваго утолщенія отходило 5—6 корешковъ. Длина всего спинного мозга включая и соединительную нить, равна 40 ст. и позвоночникъ превышалъ его длину на 6 ст.

Мышцы таза и нижнихъ конечностей развиты слабо. Изъ 5 поясничныхъ позвонковъ на лицо былъ только одинъ. Краткое описаніе измѣненій спинного мозга: крестцовое утолщеніе одѣто утолщенной мягкой оболочкой. Conus medullaris сплющенъ спереди и слабъ На поперечныхъ разрѣзахъ видно, что задніе столбы на границѣ къ filum terminalem рѣзко уменьшены въ объемѣ; кнутри отъ слабо развитой zona Lissauer'a отдѣляются отъ главной массы и заднихъ столбовъ нѣсколько пучковъ толстыхъ міэлиновыхъ волоконъ. Передніе боковые столбы по срединѣ утолщенія об-

солютно и относительно уменьшены. Въ средней трети fissura longitudinalis начинаетъ замыкаться, и у передняго края ея замѣчаются нѣжные міэлиновые выгонки, стоящіе въ связи съ передними столбами. Сѣрое вещество въ нижней части утолщенія бѣдно волокнами и клѣтками, но богато сосудами. По всей длинѣ canalis centralis открыть не удалось. По срединѣ утолщенія конфигурація сѣраго вещества нормальна; клѣтки развиты хорошо. Въ верхнихъ отдѣлахъ (утолщенія) бѣлое и сѣрое вещество на столько перемѣшиваются между собою, что не могутъ быть разграничены между собою, и бѣлые столбы перестаютъ существовать, какъ таковые. Соединительная нить въ поперечникѣ не болѣе 1 mm. Мозговое вещество ея состоитъ почти исключительно изъ невrогліи. На поперечномъ разрѣзѣ видно, что въ позвоночномъ каналѣ кромѣ соединительной нити въ продольномъ направленіи пробѣгаютъ нѣсколько пучковъ довольно толстыхъ міэлиновыхъ волоконъ. Въ грудномъ отдѣлѣ спинного мозга первыми начинаютъ дифференцироваться задніе столбы; представляются сильно растянутыми и передній край ихъ заходитъ въ переднюю половину мозга. Задніе столбы отодвинуты назадъ съ самой периферіи и только на уровнѣ третьяго груднаго корешка принимаютъ правильное очертаніе. Передніе боковые столбы въ периферическихъ своихъ отдѣлахъ составлены изъ поперечно идущихъ волоконъ, у передняго же края мозга, на мѣстѣ не образовавшейся fiss. longitud. anter. замѣчается пучекъ продольныхъ волоконъ. Сѣрое вещество наибольшаго развитія достигаетъ на уровнѣ 11 грудного позвонка.

Пренія.

Проф. Бехтеревъ указалъ, что сообщеніе, будучи исключительно казуистическимъ, отличается неполнотой.

Муратовъ считаетъ этотъ случай раннимъ заболѣваніемъ спинного мозга послѣ рожденія.

Ч. П. Хенцинскій. Демонстрація препаратовъ мозга, уплотненныхъ въ формалинѣ.

Прибавленіе къ № 9 Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей.

Формалинъ представляетъ прекрасное средство для уплотненія патолого-анатомическихъ препаратовъ. Для уплотненія мозга достаточно 2—2½ литра жидкости слѣдующаго состава: 10 ч. глицерина, 10 ч. формалина и 100 ч. воды. Смѣсь удобна тѣмъ, что ея не приходится мѣнять, и черезъ 10—12 дней можно уже получить тонкіе срѣзы. По уплотненіи, срѣзы можно залить въ желатину. Препараты сохраняютъ свой цвѣтъ и очертанія. Сѣрое вещество мозга, кровоизліянія и опухоли явственно обрисовываются, что особенно важно для невропатологовъ.

Пренія.

Я. О. Розенблатъ—Формалинъ годится только для макроскопическихъ изслѣдованій, для микроскопическихъ онъ едва ли подходящъ.

Хенцинскій—Формалинъ даже въ 2% растворѣ очень хорошо сохраняетъ ткани и дѣлаетъ ихъ вполнѣ пригодными для микроскопическаго изслѣдованія.

Проф. Подвысоцкій—Никакимъ другимъ способомъ не удается получить такихъ прекрасныхъ результатовъ по отношенію къ косервировкѣ прозрачныхъ безпозвоночныхъ, какъ медузы, сифонофоры и проч.

Проф. Кульчицкій—При осторожномъ употребленіи, формалинъ вообще хорошее уплотняющее средство. Окрашиваніе при этомъ всегда удается прекрасно.

И. А. Ноткинъ. Теорія физіологической функціи щитовидной железы.

Прибавленіе къ № 6 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Физіологическая функція щитовидной железы состоитъ въ томъ, что она нейтрализуетъ, вѣроятно въ самой крови, небѣлковые яды—помощью выдѣляемаго ею тиреоантитоксина, ядовитый же продуктъ общаго обмѣна бѣлковаго характера—тиреопротеидъ собираетъ изъ крови и обезвреживаетъ въ своихъ пузырькахъ (acini) тироидиномъ.

Пренія.

Проф. Кульчицкій указалъ докладчику, что едвали возможно считать эпительный покровъ долекъ железы за образованіе въ родѣ фильтра, ибо докладчикъ считаетъ, что коллоидъ пузырька вырабатывается не клѣткой.

II

Этіологія нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

Б. С. Грейденбергъ. Къ статистикѣ и этіологіи прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ.

Прибавленіе къ № 9 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Заболѣванія общимъ прогрессивнымъ параличемъ рѣзко увеличиваются у женщинъ. Заболѣванія все чаще и чаще начинаютъ встрѣчаться среди деревенскаго населенія, что раньше исключительно наблюдались среди городскихъ обывателей; главными причинами заболѣванія являются: сифилисъ, пьянство, травмы. Этіологія наростающаго прогрессивнаго паралича зависитъ отъ различныхъ условій индивидуальныхъ и въ особенности расовыхъ и національныхъ.

Пренія.

Проф. Чижъ указалъ, что во всѣхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича ему удалось точными анамнестическими данными открыть сифились, что же касается національности, то и въ этомъ случаѣ дѣло сводится лишь на степень распространенія сифилиса.

В. В. Воробьевъ, наблюдая семьи сифилитиковъ въ участкѣ съ 18000 населенія, не имѣлъ ни одного случая прогрессивнаго паралича.

Проф. И. А. Сикорскій. Для точныхъ статистическихъ выводовъ необходимо брать въ расчетъ % каждой народности въ губерніи.

Синани—сдѣлалъ замѣчаніе, что наблюдающееся среди его больныхъ увеличеніе изъ года въ годъ процента паралитиковъ можетъ быть объяснено не увеличеніемъ заболѣваніи этой болѣзню, а облегченіемъ доступа въ Симферопольскую больницу.

А. Б. Гуревичъ. Незавидное положеніе современнаго врача въ матеріальномъ и соціальномъ отношеніяхъ. Главныя причины, вызывающія и поддерживающія такое и возможныя мѣры для улучшенія его.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей», № 5.

Врачебная дѣятельность крайне тяжела, въ высшей степени отвѣтственна, зачастую связана съ явнымъ рискомъ для здоровья и съ опасностью для жизни, а по временамъ требуетъ сознательнаго самопожертвованія со стороны ея представителей. Между тѣмъ врачебное сословіе не обезпечено матеріально и далеко не занимаетъ того общественнаго положенія, которое соотвѣтствовало бы его непосильному труду и высокому призванію. Медицинская наука гигантскими шагами подвигается впередъ а скромные служители ея, врачебное сословіе, опускается все ниже и ниже въ экономическомъ и соціальномъ отношеніяхъ. Главными причинами такого ненормальнаго положенія дѣлъ докладчикъ считаетъ: неравномѣрное распредѣленіе врачебныхъ силъ, все большее и большее развитіе клиникъ, лѣчебницъ и городскихъ больницъ, полная безпомощность врача—пролетарія во время его болѣзни, вслѣдствіе отсутствія у врачей эмеритальныхъ кассъ и взаимно-страховыхъ обществъ, развитіе фельдшеризма, несолидарность между практикующими врачами.

Мѣрами для улучшенія положенія являются: 1) увеличеніе размѣра жалованія земскимъ, городскимъ и сельскимъ врачамъ; 2) установленіе опредѣленной таксы для докторскаго гонорара; 3) устройство эмеритальныхъ кассъ и взаимно страховыхъ обществъ; 4) борьба съ фельдшеризмомъ и, наконецъ, общія усилія и постоянная забота о солидарности между врачами при всѣхъ обстоятельствахъ, помня нашъ великій девизъ: unitis viribus.

П. В. Никольскій. Къ вопросу о борьбѣ съ сифилисомъ въ Россіи.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей», № 8.

Докладчикъ указываетъ, что среди земскихъ врачей большинство—спеціалисты по хирургіи, по глазнымъ болѣзнямъ и др., а между тѣмъ сифилидологовъ почти нѣтъ; дѣйствительная же борьба съ этой страшной болѣзнью (сифилисъ) начнется отнюдь не раньше того времени, когда земскіе дѣятели сознаютъ необходимостью имѣть въ своей средѣ врачей, спеціально изучившихъ болѣзни кожи и сифилисъ.

Пренія.

Коравко. Вопросъ о спеціализаціи въ земской медицинѣ имѣетъ громадное значеніе, но существующая спеціализація касается только губернскихъ больницъ. Спеціалисты-сифилидологи въ деревняхъ не будутъ имѣть практики.

Сукачевъ. Нужно поднять умственное развитіе народа.

Дуброво указалъ, что среди земскихъ врачей существуютъ лица, основательно изучившія накожныя болѣзни и сифилисъ.

Проф. Тарновскій, вполнѣ соглашаясь съ мнѣніемъ докладчика о важности болѣе основательнаго ознакомленія врачей съ дерматалогіей и сифилидологіей, указалъ на примѣръ послѣдствій недостаточнаго знанія этихъ спеціальностей: многіе случаи, признававшіеся долгое время за болѣзнь Морвана, оказались лепрой.

Н. И. Долгополовъ. Къ вопросу объ условіяхъ труда и о заболѣваніи рабочихъ песочно-рафинадныхъ заводовъ.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Докладчикъ описываетъ работу въ трехъ отдѣленіяхъ, отличающихся наиболѣе тяжелыми условіями труда. Костопальня, сушка и работы на пробѣлкѣ. На костопальнѣ, помимо высокой температуры, отдѣляется много паровъ и газовъ аммiачныхъ и сѣроводорода. При этой работѣ бываютъ обмороки у рабочихъ, если не догадаются раньше провентилировать яму. Профессіональными заболѣваніями будутъ anthracosis pulmonum, трещины на подошвахъ отъ плиты и уколовъ мелкихъ кристаллическихъ частицъ костяной крупки. Работа на пробѣлкѣ опасна по частымъ взрывамъ центрофугъ; какъ профессіональное заболѣваніе въ этомъ отдѣленіи заводовъ, наблюдается разлитое воспаленіе кожи. На сушкѣ рабочимъ приходится переносить весьма высокую температуру. Общій видъ рабочаго, выбѣжавшаго изъ сушки таковъ: кожа красная, на лицѣ капли крупнаго пота, спина, животъ, особенно грудь прямо покрыты потоками пота; t° 38, 2, пульсъ 150, дыханіе 28. Въ виду невозможности совершенно устранить вредныя условія труда на сахарныхъ заводовъ—при данной техникѣ сахароваренія—необходимо уменьшить число часовъ рабочаго дня и тѣмъ понизить вредное вліяніе работы при такихъ условіяхъ.

Пренія.

Мѣрный указалъ на заболѣванія кожи, какъ на слѣдствіе того, что рабочіе не обмываются въ ваннахъ послѣ рабсты.

В. К. Боровскій. Статистика распространенія сифилиса и венерическихъ болѣзней въ войскахъ Кіевскаго военнаго округа съ 1889 по 1893 г. включительно.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Докладчикъ, на основаніи статистическихъ данныхъ, приходитъ къ заключенію, что въ условіяхъ военной жизни есть что-то благопріятствующее широкому распространенію сифилиса и венерическихъ болѣзней, тѣмъ болѣе, что число заражающихся изъ года въ годъ не уменьшается. Какъ на одну изъ причинъ зараженія сифилисомъ докладчикъ указываетъ на классъ тайныхъ проститутокъ, не подчиненныхъ никакому контролю.

Пренія.

Манассеинъ возразилъ, что цифры, представленныя докладчикомъ, вѣроятно ниже дѣйствительности.

Долгополовъ указалъ, что больной поступаетъ на службу безъ проявленія болѣзни, но на службѣ у него развивается рецидивъ и онъ записывается, какъ заразившійся на службѣ.

Зеленевъ указалъ, что ежегодно приходится наблюдать въ Кіевской клиникѣ около 10 сифилитиковъ, заразившихся per os.

Машкевичъ обратилъ вниманіе докладчика на то, что въ докладѣ не сказано въ какое время года главнымъ образомъ происходитъ заболѣваемость сифилисомъ. Нѣкоторые врачи указываютъ, что наибольшій процентъ заболѣваній падаетъ на лагерное время, что исключаетъ вліяніе городской проституціи.

III

Нервныя болѣзни и ихъ леченіе.

Проф. В. Ф. Чижъ. Coitus reservatus, какъ причина нейрастеніи.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей № 1».

Авторъ указываетъ на coitus reservatus, какъ на одну изъ причинъ, вызывающихъ нейрастенію. Между нейрастениками есть субъекты, заболѣвшіе, повидимому, безъ всякой причины; они происходятъ изъ вполнѣ здоровой семьи, не перенесли никакой тяжкой болѣзни, не подвергались никакимъ зловреднымъ вліяніямъ. При различныхъ методахъ леченія такіе больные не получали ни малѣйшаго облегченія. Изъ разспросовъ о половой жизни нейрастениковъ авторъ сталъ обращать вниманіе на аномалію, а именно на coitus reservatus и теперь обладаетъ 17 наблюденіями, въ которыхъ главнѣйшую, если не единственную, причину болѣзни составляетъ coitus reservatus и кромѣ того 36 наблюденіями, въ которыхъ coitus reservatus былъ одной изъ причинъ. Больные жалуются, что они мучатся безпричиннымъ страхомъ, что ихъ мало что интересуетъ, что жизнь для нихъ потеряла свою прелесть, что имъ ничто не мило. Успѣхъ леченія подтверждаетъ заключеніе автора, что въ этихъ случаяхъ главнѣйшей, если не единственной причиной заболѣванія былъ coitus reservatus.

Пренія.

Варавинъ считаетъ, что coitus reservatus на развитіе разнообразныхъ нервныхъ страданій вліяетъ и физическимъ, и психическимъ путемъ.

Проф. С. С. Корсаковъ высказалъ мнѣніе противъ употребленія при coitus гондоновъ, что совѣтуетъ докладчикъ, ибо употребленіе послѣднихъ весьма вредно дѣйствуетъ на женщинъ.

Грейденбергъ солидаренъ съ мнѣніемъ проф. Корсакова.

Проф. И. А. Сикорскій. Послѣдствіемъ coitus reservatus у мужчинъ является сердцебіеніе и разстройство въ сосудодвигательной иннерваціи.

Костецкій. Въ происхожденіи психическихъ симптомовъ нейрастеніи — страхъ и проч. играютъ роль не психическое воздѣйствіе одного изъ супруговъ въ видѣ насилія надъ желаніемъ другого, подчиняющагося волѣ перваго, а главнымъ образомъ физіологическое; психическое же въ видѣ напряженія вниманія и т. п. Ибо и при полномъ соглашеніи обоихъ супруговъ относительно употребленія coitus reservatus, тѣмъ не менѣе наступила нейрастенія (случай Костецкаго).

И. К. Хмѣлевскій. Мнѣ кажется, что докладчикъ близко подходитъ къ рѣшенію вопроса о причинѣ вреднаго вліянія coitus reservatus, говоря, что по всей вѣроятности, имѣетъ значеніе то напряженіе вниманія, которое необходимо при coitus reservatus мужчинъ.

Кулешевъ. Въ моей практикѣ я замѣтилъ, что страдающей половиной является чаще мужчина; даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда бываетъ общее соглашеніе между супругами.

Шмуклеръ. Онанизмъ у дѣтей; его причины, симптомы, послѣдствія и леченіе.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей». № 1.

Въ введеніи авторъ указываетъ, что порокъ, носящій названіе онанизма, настолько распространенъ во всѣхъ слояхъ общества, что давно нужно было бы открыто выступить съ нимъ на борьбу, что сдѣлано уже давно по отношенію къ другому распространенному недугу — сифилису, бороться съ которымъ несравненно труднѣе, такъ какъ онанизмомъ страдаютъ преимущественно маленькія дѣти и дѣти школьнаго возраста, за которыми можетъ быть установленъ весьма дѣйствительный надзоръ. Затѣмъ авторъ указываетъ на причины, играющія роль въ порожденіи онанизма; какъ-то: неряшливый уходъ, неправильное кормленіе, нѣкоторыя кожныя заболѣванія, какъ-то: eczema, intertrigo, urticuria, prurgio и scabies; привычные запоры у дѣтей, сопровождающіеся часто образованіемъ ссадинъ и трещинъ въ прямой кишкѣ и заднемъ проходѣ, могутъ также способствовать къ развитію онанизма. Сладострастныя картины, изображенія, статуи, тѣлодвиженія и позы могутъ возбудить въ маленькомъ ребенкѣ половое чувство путемъ зрительныхъ впечатлѣній. Въ позднѣйшемъ возрастѣ очень часто служитъ поводомъ къ развитію онанизма чтеніе сладострастныхъ романовъ и посѣщеніе вульгарныхъ представленій. Распознаваніе онаніи въ раннемъ дѣтствѣ, когда дѣти еще не могутъ скрыть своего порока, является дѣломъ весьма не труднымъ; кромѣ того, маленькихъ онанистовъ и онанистокъ можно узнать по ихъ задумчивому, фиксированному взгляду, по ихъ стекляннымъ глазамъ, по непостоянству настроенія и по частымъ весьма упорнымъ головнымъ болямъ, мѣстныя измѣненія половыхъ органовъ, а именно, блѣдный и вялый открытый glans penis и слабая реакція cremastera на щекотаніе внутренней поверхности верхней части бедра и присутствіе ссадинъ и язвочекъ на клиторѣ и вульвѣ у дѣвочекъ.

Послѣдствіемъ онанизма являются неврастенія, функціональная половая неспособность и различныя формы полового извращенія. Что касается леченія онанизма, то профилактика въ данномъ случаѣ можетъ дать блестящіе результаты. Къ профилактическимъ мѣрамъ нужно отнести разумный уходъ за ребенкомъ со дня его рожденія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда онанизмъ уже произвелъ пагубное дѣйствіе на нервную систему, назначаютъ укрѣпляющее леченіе въ видѣ ваннъ, обтираній, а также электризація и примѣненіе различныхъ tonica и nervina. Кромѣ физическаго леченія необходимо также и леченіе психическое въ видѣ непосредственнаго нравственнаго вліянія, которое зачастую даетъ блестящіе результаты,

Пренія.

Кулешевъ указалъ, что и грудныя дѣти въ возрастѣ полугода начинаютъ занимается этимъ порокомъ.

В. П. Жуковскій указалъ на противорѣчіе въ докладѣ, гдѣ сказано, что среди евреевъ въ настоящее время особенно много нейрастениковъ (что является, по мнѣнію докладчика, послѣдствіемъ онанизма), а между тѣмъ въ докладѣ сказано, что у нихъ (евреевъ) онанизмъ встрѣчается благодаря обрѣзыванію рѣже.

Гендельманъ. Весьма важное значеніе имѣетъ наблюденіе докладчика надъ грудными и малолѣтними дѣтьми.

Швогеръ-Летецкій считаетъ вопросъ, поднятый докладчикомъ, въ высшей степени важнымъ для государства и требующимъ отъ VI Пироговскаго Съѣзда категорическаго рѣшенія относительнаго вліянія онанизма на организмъ и мѣръ борьбы съ нимъ. Единственной мѣрой нужно считать психическое вліяніе любящихъ родителей.

Э. Терменъ указалъ, что не всегда моральнымъ вліяніемъ возможно излечить ребенка отъ порока, а нужно иногда прибѣгать къ особо устроеннымъ аппаратамъ въ видѣ корсета изъ толстаго полотна (для мальчиковъ) и родъ кринолина (для дѣвочекъ.

Протасовъ выразилъ мнѣніе, что съѣзду слѣдуетъ ходатайствовать объ изданіи популярныхъ брошюръ по этому вопросу и распространенію ихъ среди населенія.

Н. Краинскій. Къ ученію патологіи эпилепсіи.

Прибавленіе къ № 9 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Докладчикъ на основаніи изслѣдованій химическихъ процессовъ, происходящихъ въ организмѣ эпилептика, приходитъ къ заключенію, что сущность эпилепсіи сводится на періодическое образованіе въ организмѣ больного карбаминово-кислаго аміака, который вызываетъ эпилептическій припадокъ и имъ разрушается на мочевину и воду, послѣ чего организмъ является здоровымъ впредь до новаго отступленія въ ходѣ нормальнаго обмѣна веществъ.

Пренія.

В. А. Муратовъ указалъ, что нѣкоторые случаи эпилепсіи являются не токсическаго происхожденія, а зависятъ отъ мѣстныхъ мозговыхъ измѣненій и если въ крови такихъ больныхъ окажутся токсины, то значитъ они только сопровождаютъ, но не вызываютъ припадокъ.

І. Я. Дейчъ. Уменьшенію мочевой кислоты въ мочѣ эпилептиковъ до припадка даетъ другое толкованіе, по которому уменьшеніе ея зависитъ не отъ задержанія ея въ тѣлѣ, а отъ меньшаго образованія.

А. А. Фалькенбергъ. Къ хирургіи черепа и головного мозга.

Прибавленіе къ № 13 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Докладчикъ приводитъ рядъ случаевъ трепанаціи или, вѣрнѣе, craniotomiae и указываетъ тѣ страданія, при которыхъ эта операція безусловно показана, а именно—при некрозѣ черепныхъ костей, при развитіи мозговыхъ явленій послѣ хроническихъ и острыхъ гнойныхъ пораженій средняго уха, при поврежденіи костей черепа, именно при открытыхъ переломахъ и при давленіи на мозгъ, при опухоляхъ мозга, угрожающихъ жизни.

Пренія.

Сапѣжко. Разъ произошла травма, но безъ нарушенія цѣлости покрововъ, я жду и только при безусловно угрожающемъ упадкѣ дыханія и сердца приступаю къ трепанаціи. Совсѣмъ другое дѣло при существованіи нарушенія цѣлости кости, хотя бы даже и въ видѣ трещины; часто за трещиной я находилъ грязь, внесенную въ моментъ удара.

М. В. Соломка. Я лично въ тѣхъ случаяхъ, когда травма дала лишь небольшое поврежденіе покрововъ черепа, при цѣлости костей, стою за выжидательный методъ.

Сапѣжко. Трепанація черепа пріобрѣтаетъ все большее и большее значеніе.

Б. С. Козловскій. Къ казуистикѣ трепанаціи черепа.

Прибавленіе къ № 10 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Докладчикъ представилъ 10 случаевъ трепанаціи черепа по поводу самыхъ различныхъ причинъ. Въ свѣжихъ случаяхъ, какъ съ неповрежденными оболочками, такъ и при поврежденіи ихъ и мозговой массы, благодаря быстрой помощи, получались самые благопріятные результаты. Развившіеся мозговые припадки послѣ операціи исчезали и наступало полное выздоровленіе черезъ 30—40 дней послѣ операціи. Въ случаяхъ менингеальныхъ кровоизліяній при явленіяхъ, указывающихъ на продолжающееся кровотеченіе и увеличеніе давленія на мозгъ, трепанація даетъ возможность спасти жизнь больному, остановивъ кровотеченіе и удаливъ свертки.

Ф. В. Букоемскій. Объ обезболиваніи нормальныхъ родовъ.

Прибавленіе къ № 4 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Для обезболиванія родовъ эфиръ и хлороформъ представляютъ самыя лучшія и удобныя средства. Преимущество ихъ состоитъ въ томъ, что мы, по нашему желанію и взгляду на анэстизируемый объектъ, можемъ варіировать дозу, начиная, какъ хлороформъ съ нѣсколькихъ капель (эфира всегда больше), а въ случаѣ какой-либо неблагопріятной реакціи на роженицу, можемъ моментально прекратить дѣйствіе того или другого средства. Въ виду меньшаго токсическаго дѣйствія эфира, съ нимъ возможно обращаться свободнѣе, чѣмъ съ хлороформомъ, особенно, если приходится вести обязанности акушера одному. Обезболиваніе нормальныхъ родовъ не только не вредно, но, напротивъ, полезно. Свои выводы авторъ подтверждаетъ, какъ литературными данными, такъ и своимъ личнымъ опытомъ.

А. Ковалевскій. Заболѣваніе нервной системы при укушеніи бѣшенной собакой.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей» № 1.

Авторъ наблюдалъ два случая укушенія бѣшенной собакой послѣ предохранительной прививки по способу Pasteur'a. Въ обоихъ случаяхъ имѣлось несомнѣнно пораженіе нервной системы (главнымъ образомъ спинного мозга) ядомъ собачьяго бѣшенства. Приведенные случаи заболѣваній, въ которыхъ дѣйствіе яда не выразилось въ полной силѣ, представляютъ картину міэлита, менинго-міэлита и гнѣздное пораженіе головного мозга съ исходомъ въ выздоровленіе.

И. А. Ноткинъ. Къ патогенезу струмипривной кахексіи.

Прибавленіе къ № 9 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Струмипривная кахексія есть сложное страданіе, въ составъ котораго входятъ тетанія и микседема, изъ которыхъ каждая представляетъ самостоятельную болѣзненную форму и обусловливается своеобразной производящей причиной. При неполномъ выпаденіи функціи железы появляется микседема.

Пр.-доц. В. А. Муратовъ. Diplegia spastica congenita, какъ клиническая форма.

Прибавленіе къ № 9 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Авторъ, на основаніи опредѣленной клинической картины, опредѣленныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій и спеціальной этіологіи, признаетъ Little'вскую болѣзнь

за самостоятельную носологическую единицу, допускающую клиническія разновидности въ зависимости отъ матери и величины разрушенія.

П. В. Никольскій. Случай трофическихъ язвъ кожи при страданіи caudae equinae.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Случай автора относится къ такимъ, съ которыхъ всего легче начать изученіе характерныхъ особенностей трофическихъ язвъ, такъ какъ въ немъ нервное страданіе можетъ быть точно локализировано, и зависимость кожныхъ измѣненій отъ пораженія нервной системы представляется совершенно очевидной. Пораженіе caudae equinae и именно только нервовъ, относящихся къ plexus sacralis, діагносцируется на основаніи пареза и паралича чувствительности въ тѣхъ областяхъ мышечной системы и кожи, которыя инервируются изъ plexus sacralis. Болѣзнь у дѣвицы 24 лѣтъ началась 13 лѣтъ назадъ сильными болями въ крестцѣ. Язвы на крестцѣ, бедрахъ, голеняхъ и пяткахъ отличались и отличаются отсутствіемъ нагноенія, образованіемъ ихъ изъ пузыря и заживленіемъ съ значительнымъ развитіемъ роговыхъ наслоеній.

П. В. Никольскій. Pemphigus foliaceus Cazenavi.

Прибавленіе къ № 11 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Главный симптомъ этой болѣзни, рѣзко отличающій ее отъ всѣхъ другихъ сходныхъ болѣзней, состоитъ въ постоянной непрочности рогового покрова при треніи. Центръ тяжести не въ пузырькахъ, но въ общей отслойкѣ рогового покрова а потому самой болѣзни прилично названіе не pemphigus, а keratolysis universalis.

Пренія.

Проф. Тарновскій. Неустойчивость рогового слоя, быть можетъ, развивается лишь впослѣдствіи. Въ одномъ наблюдавшемся случаѣ болѣзнь вначалѣ имѣла видъ dermatitis herpetiformis, при чемъ этого признака не наблюдалось, а затѣмъ болѣзнь приняла видъ pemphigus foliaceus, когда можно было констатировать неустойчивость рогового слоя.

Никольскій. Между pemphigus foliaceus и dermatitis herpetiformis существуетъ рѣзкая разница въ гистологическомъ измѣненіи кожи.

Проф. Стуковенковъ. Заболѣванію pemphigus foliaceus могутъ предшествовать другія кожныя страданія.

Проф. Петерсенъ. Эта крайне рѣдкая болѣзнь всегда оканчивается летально. Въ одномъ случаѣ pemphigus pruriginosus при вскрытіи не найдено никакихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ.

Никольскій. При вскрытіяхъ находятъ нѣкоторыя измѣненія въ центральной и периферической нервной системѣ.

Д-ръ Зеленевъ. Слабость сцѣпленія эпидермиса при пемфигусѣ наблюдается на тѣхъ мѣстахъ кожи, гдѣ дѣло не доходитъ до полнаго образованія пузырей.

І. Я. Дейчъ. Гидротерапія, какъ научный методъ.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей» № 1.

Авторъ указываетъ, что высокое гигіеническое и терапевтическое значеніе воды было извѣстно еще въ глубокой древности: τὸ μέν ἄριστον ὕδωρ — говоритъ Пиндаръ. На цѣлебную силу воды обращено серьезное вниманіе выдающихся представителей ме-

дицинской науки только въ послѣднія два-три десятилѣтія. Авторъ приводитъ результаты изслѣдованій въ этомъ направленіи и приходитъ къ выводу, что помимо общаго улучшенія иннерваціи, поднятія сердечной дѣятельности и сосудистаго тонуса, повышенія пищеварительной функціи—что благопріятно сказывается на инфецированномъ организмѣ, въ смыслѣ борьбы его съ болѣзнетворнымъ началомъ, леченіе водой имѣетъ еще то громадное значеніе, что вода дѣйствуетъ патогенетически на сущность болѣзненнаго процесса, возбуждая фагоцитозъ, усиливая щелочность крови, повышая энергію внутри органнаго окисленія (какъ экспериментально доказали Winternitz и Pospichil), способствуя большему выдѣленію черезъ выдѣлительные органы разныхъ токсиновъ и т. д.

Пренія.

И. И. Георгіевскій дѣлаетъ упрекъ автору за обвиненіе врачей въ томъ, что для нихъ методика водолеченія—полная terra incognita и они не имѣютъ даже элементарныхъ свѣдѣній о научности способа водолѣченія. Съ блистательными результатами леченія инфекціонныхъ. болѣзней холодной водой Георгіевскій не согласенъ и такихъ не знаетъ. Было время крайняго увлеченія леченіемъ инфекціонныхъ больныхъ, но оно давно прошло, причинивъ массѣ больныхъ больше вреда, чѣмъ пользы. Съ ученіемъ, приведеннымъ въ докладѣ о гематологіи оппонентъ также не согласенъ. Что касается увеличенія числа красныхъ шариковъ и гемоглобина въ крови подъ вліяніемъ холодной воды, то это увеличеніе только относительное, а не абсолютное, ибо подъ вліяніемъ раздраженія кожи холодной водой сосуды кожи съуживаются, часть жидкости крови уходитъ черезъ стѣнки въ ткань, а въ сосудахъ образуется нѣкоторое сгущеніе крови, и именно въ волосныхъ сосудахъ кожи откуда и берется кровь для изслѣдованія.

А. Б. Гуревичъ обращаетъ вниманіе докладчика, что стоящіе во главѣ водолечебницъ врачи слишкомъ увлекаются голословнымъ расхваливаніемъ этого метода леченія, вмѣсто того, чтобы дать научно-обоснованныя данныя на основаніи своихъ наблюденій надъ больными.

А. Гольдштейнъ указалъ, что клиницисты въ Медико-Хирургической Академіи, въ Московскомъ Университетѣ, а равно и въ другихъ университетахъ читаютъ лекціи по гидротерапіи.

Успенскій. Всякій образованный врачъ на столько знакомъ съ водолеченіемъ, что можетъ сдѣлать назначеніе, тѣмъ болѣе, что, по словамъ докладчика, потребная степень раздраженія находится эмпирически, а больной уже былъ подъ наблюденіемъ и врачъ пользовавшій уже изучилъ его.

Проф. С. Д. Костюринъ указалъ, что заявленіе докладчика относительно незнакомства врачей съ примѣненіемъ «водяныхъ рецептовъ», и поголовнаго обвиненія въ полномъ незнаніи гидротерапіи и обвиненіе профессоровъ-спеціалистовъ въ легкомъ отношеніи къ преподаванію ея, считаетъ голословнымъ и по меньшей мѣрѣ не тактичнымъ.

IV.

Клиническая психіатрія.

Проф. В. Ф. Чижъ. О кататоніи.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Авторъ наблюдалъ 22 случая—16 мужчинъ и 6 женщинъ, страдающихъ кататоніей. Для всѣхъ этихъ случаевъ общимъ является то, что всѣ лица находились въ

періодѣ половаго созрѣванія, ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ патологической наслѣдственности не было; заболѣваніе мужчинъ надъ женщинами преобладаетъ; развивается кататонія безъ всякой видимой причины и есть болѣзнь воли; ходъ мыслей, настроеніе, движенія кататоника зависятъ не отъ его воли, а отъ импульсовъ; больные сознаютъ свое патологическое состояніе. Полнаго излеченія при кататоніи не бываетъ, наблюдаются только временныя улучшенія. Авторъ считаетъ кататониковъ самыми трудными больными для ухода, ибо никогда нельзя предвидѣть всѣ ихъ поступки и ихъ приходится изолировать; снотворныя и успокаивающія средства на нихъ дѣйствуютъ слабѣе, чѣмъ на другихъ больныхъ.

Пренія.

Проф. В. Н. Ергольскій—приводитъ случай, который повидимому кончился выздоровленіемъ: больной 1 1/2 года здоровъ и занимается умственнымъ трудомъ. Что касается не мотивированныхъ поступковъ, то по запискамъ самого больного они являюуся мотивированными и отвѣчаютъ всецѣло разнообразнымъ идеямъ бреда.

И. Я. Смѣловъ съ нѣкоторыми положеніями проф. Чижа не соглашается, и именно: патологическая наслѣдственность наблюдается въ случаяхъ кататоніи помѣшательства; есть случаи выздоровленія; немотивированные поступки кататониковъ при внимательномъ наблюденіи оказываются во многихъ случаяхъ мотивированными (галлюцинаціи, бредовыя идеи).

Проф. В. Бехтеревъ—указалъ, что наслѣдственность въ извѣстномъ рядѣ случаевъ кататоніи существуетъ; относительно немотивированныхъ поступковъ кататониковъ категорически высказаться нельзя, такъ какъ больные совершали движенія подъ вліяніемъ бреда или навязчивыхъ идей (наблюденія Бехтерева). Что касается самой болѣзни то по личнымъ наблюденіямъ она не рѣдко излечивается вполнѣ.

М. А. Ерузальскій согласно мнѣнію Kraepelin'a считаетъ кататонію симптомомъ психическаго заболѣванія гебефреніи.

С. А. Сухановъ. О клиническихъ особенностяхъ нѣкоторыхъ періодическихъ и ремиттирующихъ формъ остраго безсмыслія.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Нѣкоторыя изъ періодическихъ и ремиттирующихъ видовъ остраго безсмыслія съ клинической стороны имѣютъ своеобразныя особенности. У иныхъ больныхъ первый приступъ выражается глубокою спутанностью сознанія, а въ послѣдующихъ дѣло ограничивается картиною характерной безтолковости или своеобразнаго слабоумія безъ замѣтнаго затемненія сознанія. Состояніе періодической безтолковости заключается въ неспособности больныхъ управлять активнымъ вниманіемъ, въ немотивированныхъ поступкахъ и дѣйствіяхъ, въ своеобразной распущенности, при чемъ такіе больные производятъ впечатлѣніе слабоумныхъ. Состояніе безтолковости, какъ выраженіе повторныхъ приступовъ остраго безсмыслія, развивается на почвѣ неустойчивости и ослабленія психики, которая становится инвалидной и неспособной продуцировать яркій бредъ и галлюцинаціи. Состояніе безтолковости весьма часто осложняется бредовыми идеями, обманами чувствъ, маніакальнымъ состояніемъ. Хотя безтолковость наблюдается и при органическихъ болѣзняхъ головнаго мозга и при вторичномъ слабоуміи, однако знакомство съ періодическими и ремиттирующими приступами безтолковости и своеобразнаго слабоумія имѣетъ значеніе въ прогностическомъ отношеніи.

Пренія.

В. А. Муратовъ—Считаетъ вполнѣ своевременнымъ возбужденіе вопроса о періодическомъ психозѣ съ типомъ amentiae, т. к. такіе случаи наблюдаются нерѣдко.

Грейденбергъ—Періодическія формы amentiae Menert'a должны быть отдѣлены отъ періодическихъ помѣшательствъ во избѣжаніе смѣшенія различныхъ психозовъ.

Проф. В. Бехтеревъ—замѣтилъ, что въ его случаяхъ дѣло шло о состояніяхъ слабоумія, быстро развивавшихся и выражавшихся, главнымъ образомъ, недостаткомъ вниманія, поразительной «безтолковостью» и немотивированными поступками, съ постояннымъ, а не періодическимъ теченіемъ.

V.

Леченіе и призрѣніе душевно-больныхъ.

А. А. Токарскій. Леченіе пьянства внушеніемъ.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Авторъ раздѣляетъ лицъ, злоупотребляющихъ спиртными напитками на шесть категорій: 1) Здоровые люди, начинающіе пить вслѣдствіе вліянія обстановки. Эти лица довольно долго сохраняютъ способность къ работѣ, прерываемой періодами запоя. 2) Здоровые же люди, ставшіе привычными пьяницами, могутъ доходить до состоянія хроническаго алкоголизма, причемъ они представляютъ явленія ослабленной психической дѣятельности. 3) Лица съ дегенеративными свойствами нервной системы, страдающіе привычнымъ пьянствомъ. При этомъ рѣчь идетъ о дегенераціи, выражающейся лишь измѣненіемъ настроенія. 4) Лица, представляющія признаки болѣе глубокой дегенераціи. Чаще всего это люди неспособные къ труду по природѣ. 5) Наслѣдственные пьяницы. 6) Душевно-больные, злоупотребляющіе алкоголемъ. Первыя три категоріи представляютъ наиболѣе благопріятныя условія для леченія. Въ послѣднихъ трехъ—результатъ по большей части отрицательный. Большинство пьяницъ относится именно къ первымъ тремъ категоріямъ, по крайней мѣрѣ въ Россіи—единственной въ цивилизованномъ мірѣ странѣ, гдѣ состояніе опьяненія не считается позорнымъ.

Изъ всѣхъ употребляемыхъ въ настоящее время средствъ леченія пьянства на первомъ планѣ надо поставить леченіе посредствомъ гипнотическаго внушенія. Главное дѣйствіе гипнотизированія и внушенія заключается въ успокоеніи возбужденнаго состоянія нервной системы. Внушеніе должно носить абсолютный характеръ запрещенія. Что касается другихъ методовъ леченія, то они всѣ соединимы съ гипнотическимъ леченіемъ и ими также слѣдуетъ пользоваться. На первомъ планѣ надо поставить стрихнинъ и опій. Большую услугу можетъ оказать и леченіе водою, особенно въ случаяхъ такъ называемой алкогольной неврастеніи. Однако всѣ эти средства пріобрѣтаютъ свое дѣйствительное значеніе только при примѣненіи гипнотизма, какъ основного леченія, такъ какъ только гипнотическое внушеніе въ состояніи прекратить патологическое влеченіе и, разомъ устранивъ злоупотребленіе, освободить больного отъ вліянія яда.

Пренія.

Проф. В. Ф. Чижъ—Гипнотическое внушеніе легче достигается и энергичнѣе дѣйствуетъ на алкоголиковъ, чѣмъ на другихъ больныхъ.

Спинапп—Гипнотическое внушеніе есть самое могущественное средство при леченіи алкоголиковъ. Нѣтъ никакой надобности въ добавочной помощи какихъ нибудь средствъ (лекарственныхъ веществъ).

I. А. Костецкій—Леченіе гипнозомъ пьянства имѣетъ значеніе, какъ психическое леченіе. Стрихнинъ же, вода, опій являются средствами физическаго леченія организма.

Грейденбергъ—Гипнозу мѣсто лишь при алкоголизмѣ въ широкомъ смыслѣ, т. е. при хроническомъ пьянствѣ, запоѣ и пр.

В. Киселевъ—Значительно лучшимъ и болѣе продолжительнымъ дѣйствіемъ, какъ успокаивающее средство вообще на нервную систему, оказываются бромистые препараты, особенно у дипсомаников, а также и леченіе гидротерапіей въ видѣ ваннъ и душъ.

В. Бехтеревъ—Гипнотическое внушеніе безусловно слѣдуетъ рекомендовать при хроническомъ алкоголизмѣ, при которомъ могутъ быть полезными и другія средства, напр.. стрихнинъ, бромистые препараты, препараты опія, гидротерапія.

Вл. Яковенко—При примѣненіи гипноза совмѣстно съ одновременнымъ употребленіемъ опія и стрихнина, повидимому, нужно приписать исключительно гипнозу, т. к. опій и стрихнинъ дѣйствуетъ въ противоположныхъ направленіяхъ.

А. А. Говсѣевъ. Основные вопросы организаціи призрѣнія душевно-больныхъ.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей». № 1.

Авторъ приводитъ основные пункты программы призрѣнія душевно-больныхъ въ Екатеринославской губерніи. По этой программѣ существенно необходимы 3 типа учрежденій: I. Лечебница или санаторій—для всѣхъ душевно-больныхъ нуждающихся въ леченіи и требующихъ клиническаго наблюденія. Главнѣйшія отдѣленія лечебницы: 1) обсерваціонное отдѣленіе для примѣненія къ леченію и уходу за больными постельнаго режима. 2) Инфекціонное и хирургическое отдѣленіе. Для заразительныхъ больныхъ отдѣльныя комнаты. 3) Лазаретъ—отдѣленіе для хроническихъ и слабыхъ больныхъ. 4) Отдѣленіе для выздоравливающихъ. II. Второе учрежденіе, существенно необходимое—это patronage familial—отдача обширной категоріи неизлечимыхъ хрониковъ въ семьи деревенскихъ или въ нѣкоторыхъ случаяхъ и городскихъ жителей На основаніи своихъ наблюденій въ Екатеринославской губерніи авторъ считаетъ себя вправѣ утверждать, что для тѣхъ неизлечимыхъ хрониковъ, которые способны къ жизни въ семьѣ, патронажъ является дѣйствительно самой цѣлесообразной, самой гуманной и самой дешевой формой общественнаго призрѣнія. III. Пріютъ, asylum, нѣчто въ родѣ хроническаго отдѣленія или богодѣльни, куда можно было бы перевозить всѣхъ тѣхъ больныхъ, которые, съ одной стороны, не нуждаются въ услугахъ лечебницы, а съ другой, по тѣмъ или инымъ личнымъ особенностямъ не могутъ быть отданы въ патронажъ или тамъ не уживаются.

Пренія.

Проф. В. Н. Ергольскій—разобравъ бытовую и соціальную сторону жизни русскаго народа не соглашается съ воззрѣніями докладчика на patronage familial, какъ на форму земскаго призрѣнія неизлечимыхъ душевныхъ больныхъ самую удобную самую цѣлесообразную и самую гуманную изъ всѣхъ, и указываетъ на болѣе удобный, цѣлесообразный и гуманный путь, чѣмъ патронажъ: «я скажу напримѣръ о между-губернскихъ земскихъ колоніяхъ для душевно-больныхъ хрониковъ исключительно, мысль о которыхъ проскальзывала не разъ за послѣднее десятилѣтіе въ психіатрической прессѣ. Такія колоніи на 1000—1500 человѣкъ неизлечимыхъ душевно-больныхъ исключительно могли бы выдѣлять столь солидныя рабочія силы, примѣненіе которыхъ къ

нѣкоторымъ производствамъ могло-бы въ не меньшей, а можетъ быть въ гораздо большей степени удешевить содержаніе этихъ больныхъ, чѣмъ въ патронажѣ».

Н. Я. Смѣловъ—высказываетъ полное несочувствіе къ patronage familial.

П. Горошковъ—считаетъ, что при существующихъ бытовыхъ условіяхъ по крайней мѣрѣ въ сѣверныхъ губерніяхъ, потронажъ не примѣнимъ.

Краинскій—ссылаясь на примѣръ призрѣнія путемъ patronage familial богадѣльцевъ въ Харьковскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ, считаетъ этотъ типъ призрѣнія душевно-больныхъ самымъ неудобнымъ, нецѣлесообразнымъ и негуманнымъ.

Вл. Яковенко—полагаетъ, что вполнѣ отрицательное отношеніе къ патронажу—было бы преждевременнымъ и поспѣшнымъ. Необходимо путемъ опыта рѣшить, умѣстенъ-ли и возможенъ семейный патронажъ въ Россіи или нѣтъ.

Проф. И. А. Сикорскій—принимая во вниманіе тотъ фактъ, что значительная часть душевно-больныхъ находится на попеченіи населенія въ настоящее время, вѣроятно, около 60% и болѣе, находитъ, что забота объ улучшеніи формъ семейнаго призрѣнія—вполнѣ естественна.

Синани—совѣтуетъ при выборѣ той или другой системы призрѣнія руководиться исключительно вопросомъ объ улучшеніи положенія больныхъ, что зависитъ отъ индивидуальныхъ особенностей даннаго больного.

Проф. В. Ф. Чижъ—Находитъ не желательнымъ у насъ заводить семейное призрѣніе, и усилія врачей и земскія средства должны быть направлены на улучшеніе положенія душевно-больныхъ, призрѣвающихся въ собственныхъ семьяхъ.

Дзюбинскій—считаетъ патронажъ совершенно вреднымъ для больного и общества, такъ какъ душевно-больной требуетъ самого внимательнаго наблюденія врача.

А. А. Токарскій—говоритъ, что тамъ, гдѣ patronage примѣняется, больные устроены все таки лучше, чѣмъ тамъ, гдѣ оно не примѣняется.

Проф. С. С. Корсаковъ—считаетъ, что patronage familial долженъ имѣть мѣсто въ общемъ планѣ организаціи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ, но мѣсто его—не 2-ое, какъ говоритъ д-ръ Говсѣевъ. 1-ое мѣсто—есть лечебницы; второе мѣсто—это колонія, тѣсно соединенная съ лечебницей и уже на 3-мъ мѣстѣ должно быть поставлено patronage familial въ чужихъ семьяхъ, и затѣмъ 4-е—денежная помощь семьямъ, которыя изъ лечебницъ берутъ больныхъ.

А. А. Говсѣевъ. Постельный режимъ и его значеніе въ уходѣ за душевно-больными.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей» № 1.

Для достиженія безопасности душевно-больныхъ и ихъ окружающихъ, не переступая предѣловъ по restraint, не прибѣгая къ репрессивнымъ мѣрамъ, дѣйствующимъ вредно на больныхъ и деморализующимъ образомъ на служебный персоналъ, авторъ видитъ ключъ къ рѣшенію этой задачи въ примѣненіи къ уходу за душевнобольными постельнаго режима, разумѣя подъ симъ послѣднимъ выполненіе ряда условій, связанныхъ съ пребываніемъ больного въ постели и подчиненныхъ, какъ и послѣднее, основной цѣли. Одно изъ существенныхъ условій, вытекающее изъ постельнаго режима, заключается въ устройствѣ такъ называемыхъ обсерваціонныхъ палатъ,—отдѣленія, гдѣ надзоръ долженъ быть постояннымъ и непрерывнымъ, и гдѣ въ то же время нѣтъ ничего, что напоминало бы домъ умалишенныхъ. Существенную важность имѣетъ просторъ. Постельному режиму подлежатъ прежде всего страдающіе соматическими осложненіями, маразмомъ, параличные и т. д. Во 2-хъ, больные, представляю-

шіе случаи свѣжихъ, острыхъ душевныхъ заболѣваній или хроническихъ, но въ фазѣ бурныхъ симптомовъ. Пребываніе въ постели само по себѣ является факторомъ, содѣйствующимъ успокоенію возбужденнаго состоянія душевно-больныхъ и потому дѣлаетъ излишнимъ примѣненіе изоляціонныхъ камеръ, смирительныхъ рубахъ и тому подобныхъ репрессивныхъ мѣръ. Оно удовлетворяетъ прямому показанію при леченіи тѣхъ болѣзненныхъ процессовъ, которые составляютъ основу душевныхъ заболѣваній. Это понятно, если принять во вниманіе умѣряющее дѣйствіе горизонтальнаго положенія и покоя на дѣятельность сердца, достигаемое тѣмъ же путемъ болѣе равномѣрное распредѣленіе крови въ органахъ, уменьшеніе суммы внѣшнихъ и внутреннихъ раздраженій, сбереженіе силъ и т. д. Весьма замѣчательно вліяніе постельнаго режима на сонъ больныхъ. Несмотря на то обстоятельство, что больные имѣютъ возможность выспаться днемъ, они спятъ ночью гораздо лучше, чѣмъ при системѣ изоляціи. Заканчивая свое сообщеніе, авторъ упоминаетъ о нѣкоторыхъ общихъ, въ высшей степени благотворныхъ перемѣнахъ, явившихся слѣдствіемъ примѣненія новой системы ухода въ завѣдуемомъ имъ отдѣленіи. Сюда относятся: облегченіе надзора за безпокойными больными, полное исчезновеніе такихъ непріятныхъ явленій, какъ размазываніе экскрементовъ и копрофагія, сведеніе до минимума случаевъ столкновеній больныхъ между собой и съ прислугой, поразительное уменьшеніе количества уничтоженнаго платья и бѣлья, разбитыхъ стеколъ и проч.; возросшее чувство личной безопасности и общій нравственный подъемъ у служащаго персонала; наконецъ, возможность производить правильныя клиническія изслѣдованія всѣхъ больныхъ ежедневно,—измѣренія t°, пульса, дыханія, колебаній вѣса тѣла, анализъ мочи и т. д.

П р е н і я.

Проф. С. С. Корсаковъ считаетъ необходимымъ строже взвѣсить показанія и противопоказанія для постельнаго режима и взвѣсить значеніе покоя и работы для леченія душевно-больныхъ.

Вл. Яковенко находитъ, что постельное положеніе ничуть не умаляетъ значенія раньше выработанныхъ психіатрической практикой методовъ ухода и развлеченія душевно-больныхъ.

Проф. В. Бехтеревъ полагаетъ, что въ примѣненіи постельнаго режима должно строго индивидуализировать каждый случай и назначать его только по опредѣленнымъ показаніямъ и только на то время, на какое это необходимо.

Токарскій, соглашаясь съ мнѣніями проф. Корсакова и проф. Бехтерева, высказываетъ опасеніе, что методъ постельнаго содержанія легко можетъ стать рутиннымъ и въ виду этого надо какъ можно скорѣе вырабатывать противопоказанія.

Грейденбергъ полагаетъ, что, какъ бы широко не примѣнять постельный режимъ, показанія для изоляціи всегда останутся.

Говсѣевъ указываетъ на то обстоятельство, что постельный режимъ, въ качествѣ системы ухода, вовсе не связанъ съ необходимостью слѣдовать шаблону; какъ только миновали показанія къ удержанію больного въ постели, его тотчасъ же переводятъ въ другое отдѣленіе, гдѣ онъ можетъ гулять, работать и пр. Относительно возможности совершенно отказаться отъ изоляторовъ при примѣненіи постельнаго режима, авторъ ссылается на Scholy и Neisser'a, говорящихъ въ пользу этой возможности, а также—и на свой личный опытъ.

Проф. Чижъ говоритъ, что теперь слѣдуетъ выработать болѣе опредѣленно показанія и противопоказанія къ употребленію способа постельнаго содержанія, не преувеличивая его достоинствъ.

В. И. Яковенко. О мѣрахъ упорядоченія призрѣнія больныхъ и необходимости дѣятельнаго участія въ этомъ дѣлѣ земско-медицинской организаціи.

Прибавленіе къ № 1 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Авторъ указываетъ, что земскія больницы вслѣдствіе указа Сената отъ 15 іюля 1875 г., за № 29937, не могутъ отказывать въ пріемѣ даже спокойному хронику. Такое несоотвѣтствіе между требованіями закона и экономическимъ положеніемъ населенія ведетъ на практикѣ къ крайне печальнымъ послѣдствіямъ, а именно: несмотря на большія затраты со стороны земствъ и на быстро прогрессирующее увеличеніе числа кроватей въ земскихъ психіатрическихъ больницахъ, послѣднія повсюду переполнены. До сихъ поръ земства безуспѣшно искали выхода изъ такого положенія различными путями, а именно: 1) Ограниченіемъ пріема (опредѣленіе штата кроватей и пріемъ по порядку кандидатуръ, плата за леченіе). 2) Расширеніемъ психіатрическихъ больницъ. 3) Помѣщеніемъ части больныхъ въ крестьянскія семьи и наконецъ, въ 4-хъ) нѣкоторыя надѣются найти правильный исходъ, ходатайствуя объ устройствѣ правительствомъ окружныхъ лечебницъ, куда принимались бы хроники, на долю земства осталась бы только забота объ излечимыхъ больныхъ. Для раціональнаго разрѣшенія вопроса о призрѣніи душевно-больныхъ, въ соотвѣтствіи съ экономическими средствами населенія, всякому земству необходимо тщательно изучить всѣхъ душевно-больныхъ своей губерніи не только въ количественномъ, но и качественномъ отношеніяхъ. На ряду съ этими мѣрами необходимо коренныхъ образомъ реорганизовать практикующійся въ настоящее время способъ пріема душевно-больныхъ въ психіатрической больницѣ, при которомъ участіе врача сводится къ нулю, такъ какъ принимается безъ разбора всякій доставленный. При такомъ способѣ пріема въ больницу попадаетъ значительное число больныхъ, не относящихся къ категоріи безусловно нуждающихся въ этомъ. Выборъ безусловно нуждающихся въ больничномъ помѣщеніи долженъ быть порученъ психіатрамъ, въ выборѣ которымъ должны дѣятельно помогать всѣ земскіе врачи, какъ стоящіе въ непосредственной близости къ населенію.

Пренія.

Н. Л. Смѣловъ указалъ на выгоду для населенія Сенатскаго указа 1875 г. за № 29937, и предложилъ такой типъ призрѣнія душевно-больныхъ: для острыхъ и подострыхъ формъ должна быть лечебница въ каждой губерніи; призрѣніе же хрониковъ должно быть массовое.

М. Н. Ягодинскій находитъ, что земскіе врачи дѣлаютъ все возможное для улучшенія положенія душевно-больныхъ.

Д. Н. Жбанковъ замѣтилъ, что забота о всѣхъ мѣстныхъ нуждахъ подлежитъ вѣдѣнію мѣстныхъ органовъ самоуправленія—земскихъ и городскихъ учрежденій.

І. А. Костецкій присоединяется къ мнѣнію, что нужно ходатайствовать объ измѣненіи Сенатскаго указа въ смыслѣ разрѣшенія предоставить земствамъ призрѣвать больныхъ по своему выбору.

VI.

Судебная медицина и психологія.

Проф. В. Ф. Чижъ. Внушеніе и преступленіе.

«Дневникъ шестого съѣзда русскихъ врачей», № 2.

Подтверждая свои выводы данными психологіи, произведеніями величайшихъ знатоковъ человѣческой души, исторіей и наукой о гипнотизмѣ и внушеніи, авторъ находитъ, что здоровому нельзя внушить совершать преступленіе; неизвѣстно ни одного достовѣрнаго случая, чтобы больной совершалъ преступленіе подъ вліяніемъ внушенія и возможность такихъ слачаевъ мало вѣроятна; преступленіе съ помощью внушенія возможно, но лишь при исключительныхъ обстоятельствахъ. Въ судебной медицинѣ вопросъ внушенія и преступленія не имѣетъ значенія и не можетъ имѣть таковаго, такъ какъ экспертъ обладаетъ научными данными для рѣшенія подходящихъ случаевъ, не затрогивая крайне опаснаго для общественной нравственности и чести судебной экспертизы вопроса о внушеніи и преступленіи.

Пренія.

Э. Ф. Беллинъ.—Если человѣкъ съ слабою волею, съ слабыми нравственными основаніями, съ покладистою волею, то внушеніе можетъ быть достигнуто, что подтверждаетъ Нансинская школа, которая, на основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій показываетъ, что внушеніе преступныхъ дѣяній возможно и у здоровыхъ лицъ.

Проф. И. А. Сикорскій.—Возможно, что слабому волею и при извѣстной подготовкѣ субъекта несомнѣнно можно внушить въ состояніи гипноза такія рѣшенія и дѣйствія, до какихъ человѣкъ ни въ какомъ случаѣ не дошелъ бы безъ внушенія.

съ Боровъ-Боровскій.—Положеніе проф. Чижа, что внушеніе преступныхъ поступковъ не распространяется на лицъ, которыя далеки отъ этихъ поступковъ,—для судебнаго врача въ настоящее время нужно принять за принципъ.

Проф. Оболонскій.—Въ судебной практикѣ уже извѣстны процессы, когда возбуждался вопросъ о совершеніи преступленія подъ вліяніемъ внушенія.

Проф. В. Н. Ергольскій.—Лица, привычныя къ гипнозу, даже при значительномъ сопротивленіи съ своей стороны, могутъ быть загипнотизированы тѣми людьми, которые обычно дѣлали надъ ними гипнотическіе опыты.

Проф. Бехтеревъ.—При внушеніи могутъ быть вызваны измѣненія со стороны сердцебіенія, газомоторовъ, мимики и проч., то есть такихъ отправленій, которыя обычно или не подчиняются или же трудно подчиняются волевому вліянію. Если гипнозъ имѣетъ такое вліяніе на функціи, то представляется страннымъ исключить гипнозъ, какъ факторъ, дѣйствующій на волю и поступки человѣка.

Проф. И. А. Сикорскій.—Многія мечтательныя мысли и зачатки волевыхъ рѣшеній (допущеніе, соблазнъ), безсильныя въ нормальномъ состояніи человѣка, легко могутъ сдѣлаться сильными у человѣка въ гипнозѣ (т. е. въ состояніи измѣненной психической дѣятельности).

Краинскій.—Даже имѣя точное указаніе на то, что въ моментъ совершенія преступленія субъектъ находился въ гипнотическомъ состояніи, возможность самовнушенія преступленія должна быть принята во вниманіе.

Костецкій.—Гипнотизація, играя на самой слабой сторонѣ человѣческой жизни, можетъ быть могущественнымъ средствомъ для совершенія преступленія путемъ гипнотизированія.

Проф. С. С. Корсаковъ. Отношеніе гипноза къ судебной медицинѣ совершенно отрицать нельзя: частымъ гипнотизированіемъ можно привести человѣка въ болѣзненное состояніе, и на почвѣ этого болѣзненнаго состоянія можетъ рождаться аффектъ или какое-либо другое состояніе, во время котораго возможно совершеніе преступленія.

Проф. И. А. Сикорскій. Извѣстны случаи, когда лица, совершавшія преступленіе, рѣшительно могутъ вспомнить психическую цѣпь мыслей, приведшихъ ихъ къ послѣднему шагу. Случаи эти требуютъ разслѣдованія, между тѣмъ могутъ оказаться и такіе, которые относятся къ внушеніямъ.

П. С. Штейнбергъ. О необходимости включить душевную болѣзнь въ число законныхъ причинъ расторженія брака.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Въ виду того, что душевная болѣзнь не служитъ законнымъ поводомъ къ брачному разводу у православныхъ, докладчикъ предложилъ секціи возбудить вопросъ объ упомянутомъ пробѣлѣ въ нашемъ законодательствѣ, формулируя постановленія слѣдующимъ образомъ:

a) По біологическимъ и соціальнымъ мотивамъ Съѣздъ психіатровъ въ Кіевѣ 26 апрѣля 1896 г. призналъ крайне полезнымъ и желательнымъ введеніе государственнаго закона, въ силу котораго разрѣшался бы брачный разводъ между православными супругами, если формально будетъ удостовѣрена наличность душевной болѣзни у одного изъ нихъ.

b) Иниціатива ходатайства о разводѣ должна исходить только отъ психически здороваго лица супружеской четы.

c) Несовершеннолѣтнія дѣти разведенныхъ супруговъ, вполнѣ сохранивъ всѣ права на наслѣдство своихъ родителей, должны до совершеннолѣтія оставаться на попеченіи психически здоровой стороны, получившей разводъ.

Пренія.

Проф. Чижъ.—Условія для развода установлены догматическимъ правомъ, и потому мы не только не можемъ влiять на существующее законодальство, но даже его обсуждать.

И. Горошковъ. Разводъ могъ бы быть допустимъ толька для неизлечимыхъ больныхъ.

П. Петровскій—Спрашивается, кто будетъ заботиться о судьбѣ разведеннаго больного супруга?

Проф. И. А. Сикорскій.—Брачный союзъ налагаетъ на человѣка высокія обязанности, въ томъ числѣ и заботу о больномъ товарищѣ жизни.

Н. Краинскій.—Опасность больной стороны по отношенію къ здоровой является вѣскимъ доводомъ въ пользу заявленій д-ра Штейнберга.

Д-ръ Штейнбергъ.—По русскимъ законамъ существуютъ поводы къ разводу, не вижу основанія, почему бы и душевная болѣзнь не могла служить однимъ изъ такихъ поводовъ. Уходъ по неволѣ только развращаетъ и безнравственъ и тѣ, кто изъ любви будутъ ухаживать, тѣмъ и разводъ не нуженъ. Заставлять насильно ухаживать за больнымъ безнравственно.

Э. Ф. Беллинъ. Объ обязательномъ, съ зачетомъ и экзаменомъ, преподаваніи судебной медицины на юридическихъ факультетахъ университетовъ, объемѣ и программѣ такого преподаванія.

Прибавленіе къ № 10 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Незнакомство юриста съ основными положеніями судебной медицины, дающей матеріалъ и содержаніе для такъ называемой врачебной экспертизы въ уголовныхъ

процессахъ, незнакомство его съ общими свойствами и особенностями судебно-медицинскихъ матеріаловъ и своеобразною, чуждою отвлеченному кругу обычныхъ идей его, индуктивною логикою этой науки, отражается весьма вредно на характерѣ слѣдствія, на достоинствѣ ея спеціальныхъ матеріаловъ и на судьбѣ правосудія вообще. Изученіе судебной медицины не только важно и полезно для юриста, оно для него обязательно. Законъ и свойство обязанностей вмѣняютъ юристу необходимость знакомства съ основными положеніями судебной медицины и со свойствами и особенностями естественно—научныхъ матеріаловъ, въ нее входящихъ. Безъ этихъ знаній юристъ лишенъ возможиости функціонировать съ должною пользою для возложенныхъ на него обязанностей слѣдователя, прокурора, судьи, присяжнаго повѣреннаго и проч. Самое преподаваніе судебной медицины юристамъ должно быть по возможности полное и принаровленное всецѣло къ практическимъ потребностямъ юриста. Раньше слушанія спеціальнаго курса судебной медицины юристъ долженъ быть подготовленъ для пониманія его при помощи подготовительнаго курса, состоящаго изъ тѣхъ общихъ естественно-научныхъ и медицинскихъ знаній, безъ которыхъ разумное усвоеніе спеціально судебно-медицинскихъ данныхъ невозможно. Все преподаваніе для юриста должно быть по возможности демонстративное. Преподаваніе судебной медицины распредѣлить на три семестра; IV-й сем. предназначается на подготовительный курсъ, V и VI сем. на спеціальный по 4 часа въ недѣлю. Въ интересахъ, наконецъ, извѣстнаго суммированія пріобрѣтенныхъ знаній и нѣкоторой принудительности при изученіи юристами судебной медицинской науки желательны зачеты полугодій и экзаменъ по судебной медицинѣ въ испытательной комиссіи.

Пренія.

Проф. Нейдингъ.—Нельзя не согласиться съ общими положеніями референта.

П. А. Троицкій.—Программа преподаванія судебной медицины юристамъ не можетъ быть предметомъ ходатайства секціи.

Беллинъ.—Необходимо возбудить ходатайство передъ правительствомъ о внесеніи судебной медицины въ курсъ обязательныхъ предметовъ юридическаго образованія.

Колесниковъ. Глухо-нѣмота въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

Прибавленіе къ № 10 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Изложивъ литературу предмета, авторъ приходитъ къ заключенію, что при изслѣдованіи глухонѣмыхъ мы не имѣемъ ни одного вѣрнаго признака, который давалъ бы намъ возможность оріентироваться при нашихъ заключеніяхъ относительно испытуемыхъ. Распознаваніе симуляціи, особенно у необученныхъ глухонѣмыхъ многими авторитетами часто признается невозможнымъ. Производя параллельныя изслѣдованія истинно глухонѣмыхъ и симулирующихъ глухонѣмоту, въ громадномъ большинствѣ случаевъ авторъ находилъ рѣзкое ослабленіе кожной болевой чувствительности на лицѣ, на верхней части туловища и на верхнихъ конечностяхъ. При этомъ во многихъ случаяхъ можно замѣтить совершенно точные предѣлы, можно провести линію, выше которой рѣзкое ослабленіе кожной болевой чувствительности, а ниже чувствительность безъ измѣненій. Эта мысленная линія проходитъ впереди отъ мечевиднаго отростка грудины, спускаясь тотчасъ ниже реберъ, продолжаясь назадъ, располагается подъ лопатками. Выше анестезія, ниже нормальная чувствительность. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ этотъ симптомъ будетъ на лицо, о симуляціи не можетъ быть и рѣчи. При изслѣдованіи психо-физической реакціи на болевыя раздраженія пришлось обнаружить,

что у глухонѣмыхъ время простой реакціи на болевыя раздраженія на стопѣ гораздо короче, чѣмъ на лицѣ. Описанные два симптома вполнѣ обезпечиваютъ діагностику глухонѣмоты. Кромѣ того наблюдаются еще два менѣе важные признака: старческія морщины на лбу, между тѣмъ какъ все остальное лицо ровно, гладко. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ замѣчена ноустойчивость равновѣсія тѣла.

Пренія.

Проф. И. Нейдингъ.—Нельзя не поблагодарить референта за простой, ясный и убѣдительный способъ открыть симуляцію.

С. А. Буйницкій.—Въ госпитальной клиникѣ, наблюдая разъ эпилептическій припадокъ у симулирующаго глухонѣмого, уколомъ булавкой слизистой оболочки носа вызвалъ у него слезу изъ глаза.

Колесниковъ—При нанесеніи болевыхъ раздраженій при глухонѣмотѣ мы получаемъ 1) расширеніе зрачковъ, 2) на лицѣ мимическія болевыя ощущенія.

А. Т. Сервичковскій. Желательныя измѣненія въ постановкѣ судебно-медицинскаго отдѣла.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Авторомъ были прочитаны слѣдующія положенія: 1) Предоставить врачу-эксперту до судебнаго слѣдствія изучить производство по данному дѣлу. 2) Не приводить эксперта къ присягѣ. 3) Не удалять его въ комнату для свидѣтелей, а напротивъ, обязать присутствовать при допросѣ свидѣтелей. 4) Предоставить право врачу-эксперту допрашивать свидѣтелей на равныхъ правахъ съ обвинителемъ и защитой. 5) При вызовѣ нѣсколько экспертовъ, по окончаніи допроса свидѣтелей, предоставить имъ право, помимо согласія или несогласія сторонъ, совѣщаться и, въ случаѣ единогласнаго заключенія, предоставить излагать таковое одному изъ экспертовъ; въ случаѣ же разногласія, каждый изъ экспертовъ излагаетъ свое мнѣніе, но въ присутствіи другихъ экспертовъ въ залѣ засѣданія. 6) Предоставить право эксперту или экспертамъ просить судъ объ измѣненіи редакціи предлагаемыхъ имъ вопросовъ. 7) Врачъ-экспертъ при судебно-медицинскомъ вскрытіи труповъ и освидѣтельствованіи живыхъ лицъ долженъ считаться въ предѣлахъ своей медицинской дѣятельности первымъ лицомъ, а слѣдователь юридическимъ лицомъ, контролирующимъ дѣйствія врача. 8) Привлечь спеціалистовъ по разныхъ отраслямъ медицины въ качествѣ совѣщательныхъ членовъ при врачебныхъ отдѣленіяхъ, которые (спеціалисты) выполняли роль консультантовъ судебнаго вѣдомства. 9) Необходимо устроить спеціальныя помѣщенія, приспособленныя для освидѣтельствованія живыхъ лицъ и снабженныя необходимыми инструментами. 10) Снять съ врача-эксперта несвойственную ему обязаность квалифицировать поврежденія. 11) Улучшить матеріальное положеніе судебныхъ, т. е. уѣздныхъ и въ особенности городовыхъ врачей.

По выслушаніи этого доклада, секція постановила: 1) Исключить 8-й пораграфъ. 2) Прибавить: a) врачу-эксперту должна производиться уплата за экспертизу въ судахъ, независимо отъ того, заявитъ ли онъ желаніе получить вознагражденіе или нѣтъ и б) обязать городскія управленія устроить марки для судебно-медицинскихъ вскрытій.

Пренія.

Бѣляевъ.—Докладчикъ недостаточно формулировалъ права и обязанности совѣщательныхъ членовъ врачебнаго отдѣленія.

Фогель.—Судебно-медицинскій осмотръ живыхъ людей доженъ быть дѣланъ въ особомъ помѣщеніи того зданія, гдѣ будутъ дѣлаться и судебно-медицинскія вскрытія.

Линовскій.—Предлагаю обязать общественныя управленія имѣть благоустроенныя помѣщенія для производства судебно-медицинскихъ вскрытій со всѣми необходимыми приспособленіями.

Барановъ.—Предлагаетъ дополнить ходатайство докладчика выраженіемь желанія имѣть въ каждомъ селѣ хату съ печью при кладбищѣ для вскрытія.

Грейденбергъ.—Есть извѣстная категорія преступленій, т. наз. политическихъ, относительно которыхъ допущеніе врачей-экспертовъ къ ознакомленію съ матеріаломъ предварительнаго слѣдствія встрѣчаетъ постоянныя затрудненія. Желательно установить опредѣленныя отношенія въ этомъ крайне важномъ вопросѣ.

Проф. Нейдингъ.—Нельзя не признать, что основные принципы, высказанные въ докладѣ, вполнѣ симпатичны. Существенно важно, чтобы права эксперта были ясно опредѣлены въ законѣ. Въ противномъ случаѣ все зависитъ отъ личности предсѣдателя суда, судебнаго слѣдователя, прокурора и т. д.

Чижевскій—поддерживаетъ необходимость нормировки правъ и обязанностей судебнаго врача.

Грейденбергъ.—желательно, чтобы врачи-эксперты, вызываемые въ Окружной Судъ, получали вознагражденіе безъ личнаго объ этомъ всякій разъ заявленія.

Э. Ф. Беллинъ.—Необходимо имѣть свѣдующаго судебнаго врача при обвинительной камерѣ Палаты, въ которую поступаютъ всѣ дѣла изъ округа, направляемыя оттуда по утвержденіи обвинительнаго акта въ судъ. Здѣсь важно участіе свѣдующаго судебнаго врача, здѣсь при наличности неудовлетворительной—неправильной или спорной экспертизы, дана возможность возвращенія дѣла для дополненія въ судъ и слѣдователю, раньше утвержденія обвинительнаго акта.

Э. Ф. Беллинъ. О человѣческихъ жертвоприношеніяхъ у вотяковъ.

Прибавленіе къ № 12 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Матеріаломъ для доклада д-ра Беллина послужили естественно—научныя данныя извѣстнаго сенсаціоннаго дѣла о Мултанскихъ вотякахъ, обвиняемыхъ въ приношеніи человѣческой жертвы языческимъ богамъ. По обвинительному акту, смерть нищаго Матюнина, послужившая объектомъ жертвоприношенія богамъ, послѣдовала отъ полнаго обезкровливанія его путемъ перерѣзки шеи и отдѣленія головы при жизни, что для лучшаго полученія крови нищій былъ подвѣшенъ за ноги, и что изъ трупа его изъяты внутренности при помощи своеобразной операціи—удаленія грудной части позвоночника при цѣлости кожи. Докладчикъ на основаніи того, что не существовало затековъ между рыхло-соединенными частями шеи—никакихъ слѣдовъ крови на трупѣ, на бѣльѣ, нѣтъ никакихъ слѣдовъ предсмертной борьбы въ видѣ ссадинъ, царапинъ, подтековъ съ полной увѣренностью констатируетъ, что голова отрѣзана на трупѣ, а не при жизни, что причина смерти нищаго Матюнина неустановима при отсутствіи головы, сердца и другихъ органовъ. Нельзя исключить насильственной смерти и даже естественную смерть. Далѣе докладчикъ доказываетъ, что изъятія внутренностей грудной полости произведено спустя много времени послѣ убійства, такъ какъ во время обнаруживанія трупа обрѣзокъ (культя) шеи былъ покрытъ кровью, дыры или отверстія въ грудную полость тогда не было. Докладчикъ идетъ, однако, дальше, подкрѣпляя свое мнѣніе другими чисто научными данными, а именно при извлеченіи грудныхъ внутренностей должна была быть перерѣзана полая вена, въ которой скопляется почти вся кровь, эта кровь, еслибы извлеченіе производилось тотчасъ послѣ порѣзки шеи или въ теченіе первыхъ дней, должна была излиться въ грудную полость, а отсюда въ тотъ мѣшокъ, который образовался на спинѣ послѣ удаленія части позвоно-

чника и вслѣдстіе отсепарованія и сильнаго растяженія кожи. Между тѣмъ слѣдовъ крови въ этихъ мѣстахъ на остаткахъ трупа нѣтъ. Отсюда вытекаетъ, что перерѣзка вены и изъятіе внутренностей изъ трупа были произведены уже въ то время, когда крови въ полой венѣ, вслѣдствіе гніенія, развитія газовъ, трупнаго осѣданія, имбибиціи и трансудаціи уже не было. Разъ внутренности изъяты изъ трупа не непосредственно послѣ убійства, а спустя нѣсколько недѣль, то ни о какомъ ритуальномъ убійствѣ, съ цѣлью жертвоприношенія не можетъ быть и рѣчи, въ данномъ случаѣ его нѣтъ и быть не могло. Имѣется лишь симуляція подъ не ясное представленіе о жертвоприношеніи, продѣланная спустя недѣлю послѣ убійства, на трупѣ съ цѣлью наведенія подозрѣнія на вотяковъ.

Пренія.

Проф. Оболонскій,—соглашаясь почти со всѣми доводами д-ра Беллина, не можетъ признать вполнѣ привычнымъ мнѣніе о необходимости изліянія крови въ грудную полость послѣ перерѣзки полой вены. При значительномъ остромъ малокровіи травматическаго происхожденія, большіе сосуды и сердце оказываются иногда пустыми.

Н. А. Дорошевскій,—просилъ секцію выразить благодарность и полное сочувствіе докладчику за его энергію и трудъ, которые онъ проявилъ въ отношеніи даннаго дѣла, доказавъ отсутствіе ритуальнаго убійства и глубокую гуманность по отношенію къ несчастнымъ вотякамъ.

А. Т. Сервичковскій. Къ вопросу о неудовлетворительности постановки судебно-медицинской экспертизы.

Прибавленіе къ № 10 «Дневника шестого съѣзда русскихъ врачей».

Докладчикъ доказываетъ рядъ причинъ, вслѣдствіе которыхъ постановка судебно-медицинской экспертизы является крайне неудовлетворительной и весьма обременительной для врачей-экспертовъ. Причины этой неудовлетворительности возможно свести къ слѣдующимъ краткимъ положеніямъ:

1) Къ неполнотѣ и неопредѣленности врачебнаго устава и несогласіи нѣкоторыхъ статей съ уставомъ уголовнаго судопроизводства. 2) Къ неправильному требованію отъ судебныхъ врачей квилифицировать поврежденія. 3) Къ неудовлетворительнымъ внѣшнимъ условіямъ всякаго рода освидѣтельствованій. 4) Къ неправильному требованію отъ судебныхъ врачей знаній и опытность спеціалистовъ. 5) Къ невозможности для судебныхъ врачей всецѣло посвятить себя судебно-медицинскому дѣлу.

Пренія.

С. Ф. Фогель,—высказалъ желаніе, чтобы судебно-медицинская часть была отдѣлена отъ медико-полицейской и санитарной частей, что облегчило бы для городовыхъ и уѣздныхъ врачей исполненіе всѣхъ требованій властей.

Беллинъ.—не согласенъ съ положеніями докладчика, такъ въ теченіе 20 лѣтней судебно-медицинской практики ему не приходилось встрѣчаться съ тѣми затрудненіями, о которыхъ говорить докладчикъ.

Н. И. Барановъ.—будучи вполнѣ солидаренъ съ положеніями докладчика, предложилъ о необходимости сдѣлать судебныхъ врачей болѣе независимыми и самостоятельными и сдѣлать ихъ не только де jure но и de facto первыми лицами при вскрытіяхъ.

съ Боровъ Боровскій.—Указалъ, что вся экспертиза вполнѣ зависитъ отъ самого эксперта, который, исполняя долгъ и присягу, на излишнія требованія или даже неудовольствія слѣдователя можетъ не обращать вниманія.

Проф. И. И. Нейдингъ—высказалъ мнѣніе. что несогласіе нѣкоторыхъ статей врачебнаго устава съ уставомъ уголовнаго судопроизводства должно быть регулировано законодательнымъ порядкомъ.

Приведя съ возможной полнотой извлеченія изъ докладовъ и преній почтенныхъ участниковъ Съѣзда, журналъ нашъ считаетъ своимъ долгомъ привести краткую хронику Съѣзда и указать на нѣкоторыя особенности Съѣзда.

Особенностью Съѣза было присутствіе на немъ значительнаго числа выдающихся русскихъ психіатровъ. Въ трудахъ Съѣзда принимали участіе 4 профессора, нѣсколько приватъ доцентовъ, выдающіеся директора земскихъ психіатрическихъ лечебницъ. Въ этомъ отношеніи секція психіатріи и нервныхъ болѣзней занимала первое послѣ хирургіи мѣсто въ ряду всѣхъ другихъ секцій Съѣзда.

Другую особенность Съѣзда составляла замѣчательная нравственная дисциплина, которую проявили члены Съѣзда. Она обнаружилась въ особенной сдержанности и достоинствѣ, съ которыми велись пренія и взаимномъ уваженіи, которое сказалось въ обмѣнѣ мыслей участниковъ преній. Эти особенности отмѣчены были въ заключительной рѣчи, сказанной при закрытіи Съѣзда завѣдывающимъ секціей проф. И. А. Сикорскимъ. Только что окончившіяся засѣданія наши, читаемъ въ этой рѣчи, прошли съ особеннымъ достоинствомъ, взаимнымъ уваженіемъ и спокойствіемъ, а это болѣе всего даетъ намъ убѣжденіе, что мы *стремились къ истинѣ.* Привѣтствую этотъ крупный нравственеый фактъ и считаю долгомъ засвидѣтельствовать о немъ предъ столь многочисленнымъ собраніемъ товарищей. Объединенная дѣятельность многихъ, ищущихъ истину спокойно и съ взаимнымъ уваженіемъ не можетъ не дать богатаго результата. Товарищи психіатры продолжительными одобреніями покрыли эти слова.

Къ числу вопросовъ, наиболѣе интересовавшихъ членовъ Съѣзда при обмѣнѣ мыслей въ частныхъ собраніяхъ, были вопросы о призрѣніи душевно-больныхъ, о статистическомъ изслѣдованіи помѣшательства въ Россіи и о необходимости учредить **Союзъ русскихъ психіатровъ** съ цѣлью объединенія трудовъ и устройства періодическихъ съѣздовъ.

Выдающимся обстоятельствомъ Съѣзда было посѣщеніе психіатрами Винницкой окружной лечебницы, къ чему оказано было особое внимательное и предупредительное содѣйствіе со стороны начальника Юго-Западнаго края графа А. П. Игнатьева. Психіатры, въ числѣ пятнадцати человѣкъ, прибыли 24-го апрѣля на разсвѣтѣ на мѣсто и употребили почти 5 часовъ на осмотръ лечебницы. Общее впечатлѣніе, про-

изведенное осмотромъ, было выгодно для лечебницы. Выборъ мѣстности для лечебницы признанъ вполнѣ удачнымъ, расположенiе и постройка зданiй признаны удовлетворительными. Наибольшее одобренiе заслужила экономная и безусловно хорошая постройка зданiй. Къ числу замѣчанiй, касающихся существа дѣла, относится мнѣнiе проф. С. С. Корсакова о томъ, что было бы удобнѣе въ интересахъ леченiя и призрѣнiя больныхъ расположить зданiя въ видѣ отдѣльныхъ павильоновъ или домовъ, соединенныхъ между собой лишь подземной галлерей, которая существуетъ и въ настоящее время и которая была бы достаточна для полнаго административнаго объединенiя зданiй. Расчлененiе лечебницы на отдѣльные дома, въ которыхъ имѣли бы квартиры врачи и другiе служащiе, придало бы, по мнѣнiю Корсакова, болѣе семейный характеръ жизни отдѣльныхъ павильоновъ, нежели это возможно въ настоящее время, когда квартиры врачей и другихъ служащихъ сконцентрированы въ одномъ мѣстѣ, а помѣщенiя больныхъ въ другомъ, что при разстоянiяхъ болѣе версты пути по корридорамъ лечебницы не можетъ не имѣть значенiя. Разрывъ лечебницы на отдѣльныя зданiя, соединенныя только подземной галлереей, но самостоятельныя въ смыслѣ ухода и леченiя и лишь объединенныя властью одного директора, подняло бы, по мнѣнiю Корсакова, еще выше врачебное значенiе и пользу, которую предстоитъ приносить этому крупному учрежденiю въ нашемъ отечествѣ.

Въ ряду другихъ учрежденiй, посѣщенныхъ психiатрами, были клиника нервныхъ болѣзней при Александровской городской больницѣ, Кирилловскiя богоугодныя заведенiя, Покровскiй женскiй монастырь.

Особенное впечатлѣнiе произвело на психiатровъ посѣщенiе и осмотръ благотворительныхъ учрежденiй (больницы, амбуляторiи, богадѣльни) Покровскаго женскаго монастыря, въ которомъ имѣетъ свое мѣстопребыванiе **Ея Императорское Высочество Великая Княгиня Александра Петровна**. Необыкновенная чистота, изящество, привѣтливый видъ зданiй и особый, не поддающiйся описанiю, привлекательный оттѣнокъ, лежащiй на всёмъ, произвелъ впечатлѣнiе и оставилъ слѣдъ, который никогда не изгладится изъ памяти посѣтителей. Мы слышали много отзывовъ объ этихъ благотворительныхъ учрежденiяхъ отъ врачей различныхъ спецiальностей. Всѣ отзывы единогласны Въ стѣнахъ Покровскаго монастыря психiатры увидѣли *истинную* благотворительность и не могли не отдать дань уваженiя подвигамъ Женщины, Которая въ своемъ лицѣ довела служенiе святому дѣлу до поэтическаго одушевленiя и художественной высоты; впечатлѣнiе оказалось тѣмъ болѣе сильнымъ, что посѣтитель, ждавшiй встрѣтить земной блескъ, не увидѣлъ другаго величiя, кромѣ величiя нравственнаго.

Благотворительныя учрежденiя Покровскаго монастыря въ теченiе 2—3 лѣтъ разрослись до крупныхъ размѣровъ. Амбуляторiя превышаетъ

цифру 25.000 больныхъ въ годъ. Число постоянныхъ кроватей доведено до 60, и Больница развивается дальше. Заботливость объ удобствахъ больного, о расширенiи врачебной помощи до самыхъ утонченныхъ усовершенствованныхъ способовъ, повидимому, не знаетъ границъ. Но наблюдателя поражаютъ не эти матерiальныя щедроты, но болѣе всего этотъ рѣдкiй примѣръ беззавѣтной преданности дѣлу и долгу, и это неутомимое служенiе ближнему во всѣхъ роляхъ, начиная отъ роли крупнѣйщаго жертвователя до роли сестры милосердiя, сидѣлки, матери, и все это—такъ просто, такъ радостно!... Кто захотѣлъ-бы во очiю увидѣть *истинное счастiе*, доставляемое служенiемъ идеѣ, тотъ можетъ видѣть его въ Покровскомъ монастырѣ. Таково впечатлѣнiе, вынесенное психiатрами изъ посѣщенiя врачебно-благотворительныхъ учрежденiй этого монастыря.

Списокъ книгъ поступившихъ въ редакцію.

Д-ръ мед. Н. Я. Смѣловъ. Заведенія для душевно-больныхъ въ Россіи. Отд. оттиски изъ Невролог. Вѣстн. Т. IV. вып. 1 и 2, 1896 г.

Б. С, Грейденбергъ. Отчетъ по отдѣленію душевно-больныхъ Симферопольскихъ Богоугодныхъ заведеній за 1894 годъ. СПБ. 1896.

Б. С. Грейденбергъ. Къ статистикѣ и этіологіи общаго нарростающаго паралича помѣшанныхъ (Докладъ). Отд. отт. изъ «Врача» № 20.

Б. С. Грейденбергъ. Судебно-психіатрическія наблюденія.

А. Н. Бернштейнъ. Міръ звуковъ, какъ объектъ воспріятія и мысли.

Н. Каменевъ. Отчетъ по психіатрическому отдѣленію больницы Тульскаго губернскаго земства съ 1-го январн 1895 г. по 1-е ноября 1895 года.

И. К. Хмѣлевскій. Къ казуистикѣ дегенеративныхъ психозовъ. Отд. отт. изъ «Архива Психіатріи» 1895. Т. XXVI № 2.

Д-ръ мед. Д. Н. Прохоровъ. Біологическія основы медицины. Изд. В. И. Базалевскаго. Спб. 1896 г.

— Городская Психіатрическая больница имени Николая Александровича Алексѣева въ Москвѣ. Москва 1896 г.

— Уставъ лечебницы для алкоголиковъ при С-Петербургскомъ Обществѣ Трезвости Спб. 1896.

— Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи и невропатологіи. Поврем. изд. подъ ред. Академика И. П. Мержеевскаго. Вып. II Спб. 1896.

Прив. доц. С. Н. Данилло. О сдавленіи спиннаго мозга.

Прив. доц. С. Н. Данилло. Краткій отчетъ о занятіяхъ по нервнымъ болѣзнямъ въ С.-Петербургскихъ градскихъ богадѣльняхъ за 1892—1893 годы съ представленіемъ нѣкоторыхъ данныхъ, относящихся къ призрѣнію нервно-больныхъ въ С.-Петербургѣ. Извлечено изъ «Журн. Русск. Общ. охр. нар. здрав.».

ВОПРОСЫ

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

ВОПРОСЫ
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

ЖУРНАЛЪ,

посвященный вопросамъ психіатріи, нервной патологіи, физіологической психологіи, нервно-психической гигіены и пр.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. Университета Св. Владиміра И. А. Сикорскаго.

ГОДЪ ПЕРВЫЙ

1896.

(Съ 17-ю табл. рис.).



КІЕВЪ.



Тип. С. В. Кульженко, Ново-Елисавет. ул., д. № 4.



1896

Томъ I (годъ 1-й).

СОДЕРЖАНІЕ:

Стран.

Отд. I. Оригинальныя статьи.

Отд. II. Судебная и общественная психологія, психическая гигіена и проч.

Отд. III. Психіатрическая хрестоматія.

Отд. IV. Критика и библіографія.

Стран.

Вопросы психіатріи и нервной патологіи на VI-мъ Съѣздѣ русскихъ врачей въ память Пирогова въ Кіевѣ, въ апрѣлѣ 1896 г.

ОТДѢЛЪ I.

Причинное вліяніе страданій периферическихъ нервовъ на возникновеніе заболѣванія сосудистой стѣнки и обратно: страданіе сосудовъ, какъ причинный дѣятель—въ возникновеніи страданія питаемыхъ ими периферическихъ нервовъ.

Ординатора нервной клиники университета Св. Владиміра.

Михаила Лапинскаго.

(Изъ нервной клиники при университетѣ Св. Владиміра).

Отношеніе периферическихъ нервовъ къ заложеннымъ въ области ихъ развѣтвленія сосудамъ при условіяхъ физіологическихъ или близкихъ къ физіологическимъ для нерва—при условіяхъ эксперимента надъ совершенно здоровымъ до того нервомъ—выяснено болѣе или менѣе работами Claude Bernard'a, Schiff'a, Vulpian'a, Brown-Sequard'a, Goltz'a, Marat'a, Остроумова, Левашева и другими; точно такъ-же выяснено отношеніе и питающихъ физіологически нормальныхъ сосудовъ къ периферическимъ нервнымъ стволамъ работами—Cruveillhier, Ranvier, Key и Retzius'a и др.

Совершенно естественнымъ является вопросъ, какъ вліяетъ заболѣваніе нерва тою или иною формой на лежащіе въ его области сосуды и обратно, какія измѣненія въ нервѣ могутъ произойти при первичномъ заболѣваніи питающихъ его сосудовъ.

Настоящій очеркъ, предпринятый по предложенію многоуважаемаго Профессора Ивана Алексѣевича Сикорскаго на основаніи клиническаго матеріала—(трофическія страданія конечностей до массивныхъ

гангренъ включительно),—имѣетъ цѣлью, помимо выясненія особенностей намѣченной темы, еще и особенности клинической картины, отвѣчающей первичнымъ заболѣваніямъ нервовъ и первичнымъ [1]) же заболѣваніямъ сосудовъ.

---

[1]) Выраженіе это—первичный—не совсѣмъ точно;—въ данномъ трудѣ онъ употребляется главнымъ образомъ въ смыслѣ времени заболѣванія и независимости отъ вліяній нервныхъ.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Длительное страданіе нервовъ въ формѣ-ли невралгіи или неврита—можетъ повлечь за собой пораженіе сосудовъ.

А.

Краткій историческій очеркъ и положеніе вопроса въ современной литературѣ.

Что касается положенія въ литературѣ первой изъ нашихъ темъ:—*вліяніе пораженія периферическихъ нервовъ, какъ причинный дѣятель,—на заболѣваніе сосудовъ въ области ихъ развѣтвленія,*—то въ учебникахъ и общей литературѣ по общей патологіи и патологической анатоміи—по крайней мѣрѣ у тѣхъ авторовъ, которые [1]) были по этому поводу просмотрѣны, это обстоятельство нигдѣ спеціально не оговорено.

Въ спеціальныхъ новѣйшихъ трудахъ, разбирающихъ главнымъ образомъ или между прочимъ и патологію периферической нервной системы, (Oppenheim (1894), Babinsky (1895), Bernhardt (1895—1896), не

[1]) Клебсъ: Руководство патологической анатоміи 1871. Петерб.—Рудневъ: Общая патологія 1873 г. Петерб.—Уле и Вагнеръ: Общая патологія 1874. Петерб.—Рудневъ: Курсъ патологической анатоміи (литографическое изданіе) Петерб. 1873—74—Пашутинъ: Общая патолог. Томъ I, 1878. Казань.—Рудневъ: Патологическая анатомія 1878. Петерб.—Бирхъ—Гиршфельдъ: Патологическая анатомія 1878 г. Харьковъ. Stricker: Algemeine Pathologie 1879. Wien.—Конгеймъ: Общая патологія 1878.—Циглеръ: Общая и частная патологическая анатомія 1878. Кіевъ.—Ивановскій: Учебникъ частной патологической анатоміи 1888.—Пашутинъ: Общая патологія Т. I, ч. I. 1885. С.Петерб. Риндфлейшъ: Общая патологія съ патологической анатоміей 1887.—Подвысоцкій:—Общая патологія 1891.—Лукьяновъ: Патологія кровообращенія 1893 г. Послѣдній авторъ цитируетъ мимоходомъ работу Левашева (стр. 90). Но, повидимому, значенія особаго не придаетъ ей, и имѣетъ ввиду нервное вліяніе вообще, а не заболѣваніе периферическаго нерва въ частности.

говоря уже о мелкихъ авторахъ)—этотъ вопросъ спеціально не упомянутъ.

Въ спеціальныхъ статьяхъ и работахъ, касающихся заболѣванія сосудистой системы—Marchand [1]), Moursou [2]), Blanc [3]), Isnard [4], Thoma [5]), Полотебновъ [6]), Покровскій [7]), Энгельгардтъ [8]), Квинке [9]) и др. [10]), а также въ работахъ болѣе мелкихъ, которыя были ради этой цѣли прочтены,—нѣтъ ссылки на заболѣваніе периферической нервной системы, какъ этіологическій моментъ въ страданіи сосудовъ и только у Huchard'a [11])—въ его Maladies des vaisseaux et du coeur—имѣются кое какія указанія по этому поводу; но, вопервыхъ, въ его огромномъ трудѣ, обнимающемъ 847 страницъ, этому вопросу посвящено всего 55 строчекъ; во вторыхъ, авторъ очень мало имѣетъ ввиду заболѣваніе периферическихъ нервовъ in toto, во всякомъ случаѣ своего мнѣнія не формулируетъ такимъ образомъ, но или разумѣетъ только вазомоторы, или главнымъ образомъ *ихъ*, или центральную нервную систему вообще, или даже психическія волненія.

Извѣстное убѣжденіе, однако, что нервы могутъ имѣть отношеніе resp., вліяніе патологическое на сосуды и приводить ихъ въ такое состояніе, что питаніе, черезъ посредство ихъ получаемое тканями, нарушается и приводитъ даже къ гангренѣ;—такое убѣжденіе всегда было въ литературѣ, хотя не было ясно формулировано, не было освящено соотвѣтственными патолого-анатомическими находками.—François [12]) еще въ 1832 г. считалъ, что нервы вызываютъ гангрену, дѣйствуя предварителько на сосуды; таже мысль легла и въ основу ученія Raynaud [13]), Weiss'a [14]), Pitres et Vaillard'a [15]), Brown Séquard'a [16]), Benni [17]) и др; тѣмъ не

[1]) Eulenburgs Real-Enciclopedie: Endarteritis.

[2]) Sur l'asphixie locale et quelque troubles vasomoteures. Archives de la médecine navale. 1880.

[3]) De l'arteriosclerose en générale et de sclerose vasculaire en armée. Archives de médecine et de pharmacie militaire. 1891.

[4]) De la sclerose généralisé. Arch. de médecine générale. 1886.

[5]) Virchows Archiv Bd. Rd. 93, 95, 104, 105.

[6]) Склерозъ артеріальной системы. 1876.

[7]) Измѣненіе венъ при артеріосклерозѣ. 1880.

[8]) Патологія артеріосклероза. 1873.

[9]) Аппаратъ кровообращенія. 1881.

[10]) Другіе цитированы ниже.

[11]) Paris—1893; страница—152.

[12]) Hochenegg—medicinische Iahrbücher 1885. Simmetrische Gangrän.

[13]) De la gangrène symmetrique. P. 1862.

[14]) 1) Wiener Klinik. 1882. 2) Wiener med. Presse. 1882.

[15]) Archives de phisiologie. 1885.

[16]) Kopp. Die trophoneurose der Haut. 1887.

[17]) Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée. P. 1886.

менѣе, хотя въ большой казуистической литературѣ, просмотрѣнной ради этого, и попадались нѣсколько разъ факты страданія сосудовъ при первичномъ заболѣваніи нервовъ, но авторы, описывающіе это, или не замѣчаютъ вовсе такого соучастія, или же объясняютъ страданія сосуда причинами, ничего общаго не имѣющими съ нервнымъ вліяніемъ. Такъ напримѣръ Duplay et Morat [1]) въ своемъ случаѣ желаютъ объяснить эндоартеритъ заболѣваніемъ сосуда по продолженію; хотя первичное страданіе нерва болѣе или менѣе отмѣчено. Sonnenburg [2]) не обращаетъ вниманія на возможность этіологическаго значенія пораненнаго нерва въ страданіи вены въ его случаѣ. Точно также поступаетъ Pitres et Vaillard [3]) по поводу измѣненія a. pediea при мѣстномъ невритѣ. Также поступаетъ Lanceraux [4]), который въ своихъ случаяхъ отмѣчаетъ и невриты и артериты, который для этіологіи мѣстныхъ гангренъ видитъ новыя начала въ дифференціальной діагностикѣ ихъ—отъ артерита первичнаго или вслѣдствіе нервныхъ вліяній и т. д. Наибольшее выраженіе такого отрицательнаго отношенія къ интересующему насъ вопросу отмѣчаетъ литература этого предмета въ Goldflamm'ѣ [5]), который между прочимъ по поводу gangraena spontanea утверждаетъ, «*что при невритѣ не бываетъ никакого мѣстнаго заболѣванія сосудовъ*».

Вообще изъ большаго числа клиническихъ работъ, такъ или иначе прикосновенныхъ къ подобнымъ вопросамъ, только Giovanni [6]) (1871), Potin (1883) и Huchard (1893)—по поводу страданій венъ и артерій въ зависимости отъ невралгіи соотвѣтствующихъ нервовъ и Frainkel (1896), по поводу страданія тѣхъ же родовъ сосудовъ т. е. артерій и венъ въ зависимости отъ невритовъ,—высказываются болѣе или менѣе категорически въ пользу вліянія страданія нерва на заболѣваніе сосуда и Gaumbault, Siemerling, Mincovsky, Boervet, Муравьевъ и отчасти Ziemsen отмѣчаютъ заболѣваніе сосудовъ вообще при невритахъ. Мимоходомъ упоминаетъ, что эндоартеритъ можетъ имѣть этіологическую причину въ заболѣваніи нерва также Duplaix (Contribution á l'étude de la sclerose, P. 1883). Но никто изъ упомянутыхъ авторовъ не входитъ въ детали подобнаго вліянія.

Перенесенный на почву опыта въ лабораторіяхъ, вопросъ этотъ

---

[1]) Archives générales de médecine 1873. Nature et patogenie du mal perforan du pied.

[2]) Deutsch. Zeitschrift für Chirurgie. 1874.

[3]) Archives de phisiologie. 1885.

[4]) Semaine médicale. 1894.

[5]) D. M. Wochen. 1895 № 36.

[6]) Вся клиническая литература по этому поводу приведена въ параграфѣ D настоящей главы.

выяснялся гораздо полнѣе. Такъ, Giovanni[1]) (1871) вызвалъ перерожденіе островчатое аорты перерѣзкой N. simpatici. Vulpian, (1872) послѣ перерѣзки N. Ichiadici нашелъ гиперплязію adventitiae мышечныхъ сосудовъ. Friendländer (1876) перерѣзкой N. laringei inferioris вызвалъ эндоартеритъ сосудовъ легкихъ. Левашовъ (1882—1883) раздраженіемъ сѣдалищнаго нерва вызвалъ эндоартеритъ сосудовъ лапы у животныхъ. Martin (1885) вызвалъ эндоартеритъ сосудовъ сердца у голубей, перерѣзавъ N. vagus. Mathieu et Gley (1887—1888) раздраженіемъ, сопровождавшимся отчасти полнымъ разъединеніемъ сѣдалищнаго нерва, вызвали въ сосудахъ ноги животнаго измѣненія характера эндоартерита. Bervoet (1894), перерѣзавъ сѣдалищный нервъ, вызвалъ явленія—гипертрофіи и гиперплазіи клѣтокъ сосудистой стѣнки съ суженіемъ просвѣта (эндо-артеритъ). Fraenkel (1896) перерѣзкой сѣдалищнаго нерва вызвалъ утолщеніе стѣнки, гипертрофію и гиперплазію ея элементовъ и съуженіе просвѣта сосудовъ, мѣстами же расширеніе его,—въ общемъ подобно предыдущему автору явленія эндоартерита.

Не смотря на такое, повидимому, поступательное, въ хронологическомъ отношеніи по крайней мѣрѣ, движеніе впередъ, признаваніе данной мысли не встрѣчаетъ поддержки у современниковъ, не идетъ настолько настойчиво, чтобы дать нѣкоторый толчекъ новому ученію, въ постепенной разработкѣ котораго отдѣльные наблюдатели прибавляли-бы къ тому, что сдѣлано предшествовавшими, что либо новое, что укрѣпляло-бы прежде открытое.

Наоборотъ, и среди клиницистовъ и среди изслѣдователей въ лабораторіяхъ приходится отмѣтить съ одной стороны: большую бѣдность, изолированность и случайность наблюденій клиническихъ;—съ другой же стороны: благодаря, можетъ быть, вышеприведеннымъ причинамъ—упущенію этого вопроса изъ общераспространенной литературы—поражаетъ недостаточное знаніе предшествовавшихъ работъ, такъ что, какъ это ни странно, не каждый авторъ повидимому знаетъ о работахъ и выводахъ его предшественниковъ. Такъ, напримѣръ, объ опытной работѣ и клиническомъ наблюденіи Giovanni (1871) нѣтъ никакихъ указаній у Friedländer'a (1876). Левашевъ (1882—1883), посвятившій много лѣтъ на свои работы по этому вопросу, не упоминаетъ ничего о Giovanni и Friedländer'ѣ. Martin (1885) не упоминаетъ ни Friedländer'а, ни Левашева.

Huchard (1893) цитируетъ только Giovanni и Martin'a. Bervoet (1894) совершенно незнакомъ съ предшествовавшей литературой точно

[1]) Вся литература настоящаго вопроса на почвѣ опыта изложена въ параграфѣ Е настоящей главы.

такъ же, какъ и Fraenkel (1896), который, познакомясь съ работой Bervoet, заявляетъ, что доктору Bervoet и профессору Winkler'у, въ лабораторіи котораго дѣлалась работа, „принадлежитъ заслуга первымъ экспериментально провѣрить эти отношенія (т. е. зависимости страдающаго нерва и сосудистаго разстройства) и доказать возникновеніе сосудистыхъ заболѣваній вслѣдъ за раненіемъ или перерожденіемъ нерва». (So gebührt doch diesen Autoren das Verdienst, als Erste diese Verhältnisse experimentell geprüft und auf diesem Wege den Nachweiss erbracht zu haben für das Auftreten von Gefässerkrankungen im Anchlusse an Nervenverletzungen und Degenerationen) (Wiener klin. Wochenchrift 1896 г. стр. 176).

Послѣдствія такого положенія для ясности и разработки какого-либо вопроса понятны безъ дальнѣйшихъ указаній.

Натолкнувшись, при выясненіи клинической картины нѣкоторыхъ трофическихъ процессовъ, на заболѣваніе сосудовъ, которое было обусловлено, повидимому, страданіемъ периферическихъ нервовъ, авторъ долженъ былъ просмотрѣть большую литературу за отысканіемъ указаній подобной причинной зависимости; не найдя же прямыхъ или спеціальныхъ свѣдѣній по этому поводу, долженъ былъ искать объясненій въ различныхъ постороннихъ обстоятельствахъ—анатомическихъ, физіологическихъ, данныхъ инерваціи сосудовъ, казуистикѣ ихъ заболѣваній вслѣдствіе видимаго или доказуемаго вліянія периферической нервной системы и т. д. и т. д., и факты, а также и соображенія по этому поводу, взятыя имъ изъ литературы, положилъ въ основу настоящей первой главы.

B.

Условія возможнаго вліянія периферическихъ нервовъ на периферическіе сосуды предсуществуютъ 1) въ богатствѣ инерваціонной сѣти, заложенной въ стѣнкѣ сосуда и 2) въ томъ обстоятельствѣ, что вазомоторы текутъ и въ стволахъ периферическихъ нервовъ.

Возможное предположеніе о нѣкоторомъ вліяніи нервовъ на питаніе стѣнки сосудовъ находитъ свое оправданіе á priori, въ 1) въ томъ общемъ законѣ, по которому питаніе даннаго органа находится въ извѣстной зависимости отъ его дѣятельности, послѣдняя же управляется и возникаетъ проходящими къ этому органу нервами и 2) въ

обильномъ снабженіи таковыми стѣнки периферическихъ сосудовъ, отмѣчаемомъ авторами.

Еще Stilling[1]) (1841 г.) открылъ нервы, идущіе вдоль сосудовъ и обвивающіе ихъ стѣнки и назвалъ эти нервы въ первый разъ вазомоторами.

Budolphi[2]) видѣлъ, что эти нервы проникаютъ въ толщу а.а. carotis и vertebralis.

Lucae, Pappenheim, Schlem, Göring[2]) отмѣтили прониканіе этихъ нервовъ внутрь стѣнки—въ самую tunica media.

Lister[3]) (1859) нашелъ ганглiозныя клѣтки въ стѣнкѣ сосудовъ нижнихъ конечностей лягушки, а Beal тоже самое предположилъ возможнымъ и относительно сосудовъ человѣка. Robin[3]) (1864—65) видѣлъ на тончайшихъ артеріальныхъ вѣточкахъ ганглiозныя клѣтки и точно отмѣтилъ, что волокна Ремака тончайшими нитями оканчиваются въ мускулатурѣ сосудовъ. Gimbert[4]) отмѣтилъ, что волокна оканчиваются при этомъ заостреніемъ въ стѣнкѣ. Ordonner[4]) открылъ этотъ характеръ нервныхъ окончаній на артеріяхъ мозга, радужной оболочки и мозжечка.

Arnold[5]) видѣлъ около сосудовъ два рода волоконъ—міэлиновыя и аміэлиновыя, которыя образуютъ вмѣстѣ съ ганглiозными клѣтками и даже цѣлыми гангліями, встрѣчающимися здѣсь, нѣсколько сплетеній: первое въ tunica adventitia-plexus fundamentalis; изъ него выходятъ тонкія и притомъ только аміэлиновыя вѣточки и образуютъ между tunica muscularis и tunica adventitia второе сплетеніе—plexus intermedialis; изъ послѣдняго исходятъ фибрилы толщиной въ 0.0003 mm. проникаютъ въ tunica muscularis, образуя сплетеніе—plexus intramuscularis; изъ этого послѣдняго выходятъ вѣточки толщиной въ 0.0002 m.m. и оканчиваются утолщеніемъ въ самыхъ мышечныхъ клѣткахъ. Henocque[5]) вмѣстѣ съ Arnold'омъ и Klebs'омъ описываетъ тоже нѣсколько сплетеній: 1) plexus fundamentalis лежитъ на наружной оболочкѣ сосуда, состоитъ изъ міэлиновыхъ и аміэлиновыхъ волоконъ; 2) plexus intermedialis лежитъ въ толщѣ tunica externa, состоитъ изъ сѣти вѣточекъ, проникшихъ изъ plexus fundamentalis; вѣточки эти потеряли однако свой міэлинъ и неврилемму (по Hyss'у) и состоятъ лишь изъ осевыхъ цилиндровъ; въ этомъ сплетеніи встрѣчаются ядра, узелки и утолщенія—ганглiозныя клѣтки; 3) послѣднія окончанія этого сплетенія, образовавъ plexus intramuscularis, отходятъ отъ послѣдняго подъ прямымъ угломъ,

---

[1]) Legros: Des nerfs vasomoteurs. Paris 1873.

[2]) Vulpian:—appareil vasomoteur. 1875. page: 15 и слѣдующія.

[3]) Legros l. c.

[4]) Vulpian l. c.

[5]) Legros l. c.

проникая или въ мышечное волокно и оканчиваются тамъ почками-утолщеніями и въ волокнѣ мышечномъ и въ ядрѣ его или въ интерстиціи.—По Francenhauser'у [1]) (1867) нервное волоконце оканчивается въ ядрышкѣ мышечнаго волокна,—число окончаній равно числу ядрышекъ.

Klebs [1])—думаетъ, что нервное волоконце оканчивается совершенно свободно, ложась близь мышечнаго и изъ соединенія многихъ такихъ нервныхъ нитей образуется такимъ путемъ еще новое сплетеніе—plexus intercellularis. По Гшейдлену и Ранвіе [2]) нервныя волокна спаиваются съ гладкомышечными клѣтками, утолщаясь въ мѣстѣ спаекъ—ввидѣ пятнышекъ, бугорковъ, холмиковъ и т. д. и т. д.

Вообще имѣется очень тѣсное соприкосновеніе подходящихъ нервовъ съ мышечными элементами сосудистой стѣнки.

Большое вниманіе отдано изслѣдователями вопросу объ инерваціи капилляровъ:

Биль [1]) описалъ нервныя волокна въ капиллярахъ летательной перепонки мышей, Клейнъ таковыя въ вѣкахъ лягушекъ [2]), Калачевскій [2]) и Нестеровскій [2]) въ капиллярахъ печени, Гоняевъ и Арнштейнъ [2]) въ капиллярахъ пищевода лягушки, Дарвинъ [2]) въ капиллярахъ мочевого пузыря собакъ и кроликовъ, Грюнгагенъ въ волосныхъ сосудахъ processus ciliaris глаза, Кринцке въ капиллярахъ мышцы лягушекъ и ящерицъ.

Томса [3]), изслѣдуя инервацію кожныхъ сосудовъ, нащелъ аміэлиновыя волокна, направлявшіяся въ отдѣльные сосочки кожи. Отдѣльныя тоненькія фибрилы этихъ нервовъ несли ядра и ядрообразныя вздутія и образовывали сѣть, оплетавшую отдѣльные капилляры сосочковаго слоя. Изъ этой сѣти—сплетенія—возникали тончайшія многочисленныя фибрилы безъ ядеръ, анастомозировали между собой и проникали въ самую стѣнку капилляровъ.

Kessel [3]) точно также видѣлъ нервное сплетеніе около капилляровъ барабанной перепонки, стоящее въ связи съ клѣтками стѣнки этихъ тончайшихъ сосудовъ; точно также видѣлъ это Толочиновъ [3]) и Lipman [3]). Bremer [4]) нашелъ, что на каждомъ капиллярѣ бѣгутъ два аміэлиновыхъ волоконца, отдѣляясь отъ стѣнки ничтожнымъ разстояніемъ, и посылая все время къ ней почковидныя окончанія, которыя прилежатъ тѣсно къ клѣткамъ стѣнки капилляра. Эти нервы, анастомозируя только съ другими такими-же нервами капилляровъ, текутъ совер-

---

[1]) Legros l. c.

[2]) Овсянниковъ и Лавдовскій стр. 367 и 419.

[3]) Vulpian ibidem.

[4]) Bremer.—Die Nerven der capillaren u s. w. Centrallblatt für med. Wissenschaft. 1883 г.

шенно независимо—(безъ анастомозовъ) отъ нервовъ иныхъ тканей. Тоже самое, повидимому, нашелъ и Кринцке [1]).—Unna [2]) нашелъ болѣе интимную связь нервовъ со стѣнкой капилляровъ. Изслѣдуя инервацію сосудовъ кожи, онъ нашелъ въ сосочковомъ подъэпителіальномъ слоѣ кожи сплетенія, обвивающія капилляры. Послѣднія окончанія этихъ сплетеній проникаютъ черезъ стѣнку волосника внутрь его просвѣта и пройдя извѣстное разстояніе (вдоль стѣнки) внутри, оканчиваются почковидно по два въ каждой клѣткѣ эндотелія близъ самаго ядра ея. Такимъ образомъ, внутренняя поверхность капилляра является нѣкоторымъ образомъ покрытой жидкой сѣтью тонкихъ нервныхъ вѣточекъ, а отдѣльныя клѣтки эндотелія несутъ каждая въ большинствѣ случаевъ по двѣ почки—послѣднія окончанія нервныхъ сплетеній, управляющихъ данный сосудецъ. Sihler [3]) убѣдился путемъ сложныхъ гистологическихъ изслѣдованій, что мышцы и орошающія ихъ капилляры инервируются однимъ и тѣмъ же двигательнымъ нервомъ,—который, вѣтвясь, даетъ волокна и къ мышцѣ и къ прилежащему капилляру. Тѣ вѣточки, которыя назначены для капилляра, отличаются особенной тонкостью,—но несутъ на себѣ цѣлый рядъ утолщеній и расширеній, играющихъ, вѣроятно, функцію конечныхъ аппаратовъ. Около каждаго капилляра текутъ обыкновенно два нервныхъ волоконца, дающихъ отъ себя еще поперечныя вѣточки, при помощи которыхъ они могутъ анастомозировать другъ съ другомъ и обвивать капилляръ; эти вѣточки содержатъ ядра или образованія, отвѣчающія Endplätchen. Авторъ имѣлъ возможность прослѣдить параллельно инервацію мышцъ и капилляровъ, и сравнивъ между собой густоту нервной сѣти для тѣхъ и другихъ образованій, пришелъ къ выводу, что снабженіе нервными вѣтвями капиллярной стѣнки несравненно богаче, чѣмъ мышечныхъ волоконъ.

Кромѣ упомянутыхъ—міэлиновыхъ и аміэлиновыхъ волоконъ, ганглій, гангліозныхъ нервныхъ клѣтокъ—почекъ, ядеръ—и утолщеній вообще, играющихъ вѣроятно роль конечныхъ аппаратовъ, имѣются еще въ стѣнкѣ—именно adventitiae сосудовъ средняго и малаго калибра еще нервные чувствующіе органы—Пачиніевы-Фатеровы тѣльца [4]).

Къ сказанному слѣдуетъ прибавить еще:

1) Насколько намъ извѣстно нѣтъ спеціальныхъ работъ объ инерваціи vasa vasorum, но вѣроятно, инервація ихъ аналогична таковой же,

---

[1]) Овсянниковъ и Лавдовскій l. c.

[2]) Kopp: die Trophoneurose der Haut.

[3]) Archiv fur Anatomie von Du Bois Reymond.—Neue Methode die Nervenendigungen an den Gefässen nachzuveisen.

[4]) a) Thoma—Virchow's Archiv Bd. 93. b) Goldflamm. Deutsch med. Wochenschrift 1895.

описанной уже для капилляровъ. Такого мнѣнія, повидимому, держится Левашевъ [1]) на основаніи своихъ опытовъ.

2) Крупные сосуды—въ частности артеріи—содержатъ въ большомъ количествѣ элементы элластической ткани,—мелкія-же артерійки наоборотъ содержатъ въ обиліи мышечныя волокна. Такъ какъ до сихъ поръ невыяснено, какъ могутъ вліять нервныя периферическія волокна на жизнедѣятельность элластичной ткани—(повидимому, подчиняется она вліянію нервовъ незначительно);—вліяніе же нервное на мышечную ткань огромно, то является понятнымъ ожидать наибольшихъ послѣдствій отъ дѣятельности периферическаго нерва въ предѣлахъ мелкихъ сосудовъ.

3) Вазомоторы т. е. нервы спеціально, повидимому, назначенные для стѣнки сосудовъ, текутъ, какъ это видно изъ работъ многихъ авторовъ (Vulpian, Legros, Morat et Dastre, Левашевъ, Jsengrin и др,) и отдѣльно и вмѣстѣ съ периферическими спинно-мозговыми нервами и при раздраженіи послѣднихъ возбуждаются и сами, чтó и сказывается измѣненіемъ просвѣта сосудовъ, лежащихъ въ области развѣтвленія даннаго периферическаго нерва.

Какого сорта вліянія могутъ проявлять описанные только что нервы, такъ густо оплетающіе и такъ интимно проникающіе въ сосудистую стѣнку—какъ артерій, такъ и венъ и капилляровъ?

Судя по высказаннымъ до сихъ поръ взглядамъ, добытымъ путемъ различныхъ соображеній и опытовъ—функціи этихъ снарядовъ, можетъ быть различныя.

Во первыхъ—нервы эти несутъ качества двигательныхъ нервовъ, производятъ явленія сосудодвигательныя, такъ или иначе вліяя на просвѣтъ сосуда и на его содержимое. Rouget и Arloing [2]) доказали вліяніе раздраженія нервовъ на просвѣтъ даже капилляровъ (съуженіе ихъ), а Bert и Laffont [3]) тоже самое для хилоносныхъ сосудцевъ (раздраженіе N. mesentherici съуженіе ихъ, а—N. splanchnici расширеніе ихъ).

Во вторыхъ, нѣкоторой части описанныхъ нервныхъ аппаратовъ приписывается функція рефлекторная и чувствующая. (Гоняевъ-Арнштейнъ [4]). Thoma [5]) придаетъ большое значеніе Пачиніевымъ тѣльцамъ, заложеннымъ въ сосудистой стѣнки. Таковыя, по его мнѣнію, передаютъ

---

[1]) Virchow's Archiv Bd. 92, 1883. Experimentelle Untersuchungen и. s. w.

[2]) Kopp. Die Trophoneurose der Haut.

[3]) Gazette des Hopitaux 1882. Nerfs vasomoteurs du sistéme limphatique.

[4]) Овсянниковъ и Ловдовскій I. с.

[5]) Virchow's Archiv Bd. 104—105.

раздраженіе, вызываемое въ нихъ расширяющейся стѣнкой сосуда, на вазомоторы и такимъ путемъ происходитъ та или иная игра просвѣта. Goldflamm [1]), ссылаясь на Нотнагеля, приписываетъ послѣднимъ образованіямъ болеощущающую дѣятельность въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Существованіе чисто чувствительныхъ нервовъ въ сосудахъ предполагается [2]) и, хотя прямыхъ доказательствъ къ этому нѣтъ, но нѣкоторыя косвенныя обстоятельства—повышеніе чувствительности сосудистой стѣнки напр., при раздраженіи N. Ichiadici въ опытахъ Левашева [3])—позволяютъ считать подобное предположеніе болѣе или менѣе достовѣрнымъ.

Въ третьихъ—описаннымъ нервамъ приписываютъ многіе авторы значеніе трофическое—способность такъ или иначе влiять на питаніе стѣнки. Таковое значеніе à priori уже отчасти вытекало бы изъ того общаго положенія, что 1) жизнедѣятельность данной клѣточной единицы, такъ интимно соединенной съ нервомъ, зависитъ во многомъ отъ послѣдняго;—если послѣдній, будучи разъединенъ съ ней какими либо патологическими процессами, разрушившими его цѣлость (невритъ, раненіе и т. д.), перестанетъ вызывать ее къ дѣятельности, то по закону общей патологіи—«*все не функціонирующее атрофируется иногда до полнаго исчезанія* [4])» и данный клѣточный элементъ испытывалъ бы состояніе увяданія. 2) Обратно, если дѣятельность даннаго клѣточнаго органа будетъ возбуждаться, то питаніе его не только сохранитъ status-quo ante, но, какъ показываетъ опытъ, увеличивается весь органъ цѣликомъ и отдѣльныя его части, отдѣльныя клѣточныя единицы, его образующія. (Компенсаторная работа одной почки, одного яичка, гипертрофіи сердца при затрудненіяхъ для кровообращенія и т. д.) 3) Такъ какъ, далѣе, питаніе сосудистой стѣнки производится кровяной жидкостью и степень его будетъ зависить отъ количества подвозимаго матеріала путемъ ли vasa vasorum или всасываніемъ изъ протекающей по руслу сосуда жидкости, то уже одна игра просвѣта сосуда-длительное же расширеніе или суженіе его особенно--должны отражаться такъ или иначе на питаніи сосудистой стѣнки.

Въ виду этихъ, вѣроятно, основаній Couty [5]), описавшій цѣлый рядъ случаевъ purpura nervosa, считаетъ причиной этого заболѣванія—подкожныхъ мелкихъ кровоизліяній—страданіе N. Simpatici и приписываетъ вазомоторамъ прямое трофическое вліяніе на сосудистую стѣнку.

---

[1]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1895.

[2]) Овсянниковъ и Лавдовскій l. c.

[3]) Virchow's Archiv 1883. Bd. 92.

[4]) Подвысоцкій. Общая патологія 1891. стр. 198.

[5]) Корр. l. c. стр. 118.

Lanceraux [1]) въ своихъ случаяхъ самопроизвольной гангрены находитъ утолщеніе сосудистой стѣнки и считаетъ это слѣдствіемъ трофическихъ вліяній указанныхъ нервовъ на сосудистую стѣнку.

Такое же вліяніе, регулирующее resp., разстраивающее питаніе сосудистой стѣнки, идущее со стороны вазомоторовъ, допускаетъ Faisans [2]).

Thoma [3]) придаетъ вазомоторамъ нѣкоторое трофическое значеніе по отношенію къ сосудистой стѣнкѣ, ими управляемой.

Bremer [4]) въ упомянутомъ изысканіи объ инерваціи сосудовъ, оттѣняя интимную связь нервныхъ окончаній съ эндотеліальными клѣтками,—приписываетъ описаннымъ имъ вазомоторнымъ вѣточкамъ трофическое воздѣйствіе на управляемыя клѣтки.

Vulpian [5]) допускаетъ трофическое вліяніе периферическихъ нервовъ на стѣнку сосудовъ, хотя и придаетъ большое значеніе въ этомъ замедленіи тока крови.

Sihler [6]) на томъ основаніи, что капилляры мышцъ и мышечныя волокна снабжены одними и тѣми же двигательными нервами, причемъ инервація первыхъ гораздо богаче, чѣмъ вторыхъ, считаетъ возможнымъ, что инервирующіе эти волосники нервы возбуждаютъ и клѣтки эндотелія къ такой же дѣятельности, какъ и клѣтки мышечныя. Что-же касается трофическихъ вліяній этихъ нервовъ на сосудистую стѣнку, (что́ по отношеніи къ мышечной ткани установлено еще Vulpian'омъ [7]), то изъ наблюденій автора во время опыта выходило, что—раздраженіе нерва измѣняетъ состояніе стѣнки капилляра: количество фильтрующейся (черезъ ихъ стѣнки) крови resp. serum рѣзко увеличивается, можетъ быть въ зависимости отъ измѣненія молекулярнаго строенія клѣтки эндотелія, на подобіе того, какъ это дѣлается съ отдѣляющей клѣткой какой либо железы, послѣ раздраженія приводящаго къ этой железѣ нерва. Можетъ быть нервы, соединяющіеся съ клѣтками эндотелія капилляровъ, аналогичны отдѣлительнымъ нервамъ железъ. Подтверждаетъ мнѣніе Sihler'a—докторъ Роговичъ [8]), который считаетъ,

---

[1]) Semaine médicalle. 1894.

[2]) Des—hemorragies cutanés liés aux affections des nerfs. Thés. de Par. 1882.

[3]) Virchow's Archivs Bd. 104—105.

[4]) l. c.

[5]) Appareil vasomoteur II. 348.

[6]) Sihler. l. c.

[7]) Archives de phisiologie normale et pathologique 1872. «Influense des lésions des nerfs sur les muscles. Авторъ находилъ послѣ перерѣзки N. Ichiadici общее уменьшеніе объема конечности и рѣзкое измѣненіе со стороны мышцъ, различные виды перерожденія ихъ—бѣлковое, жировое и т. д.

[8]) Къ ученію о псевдомоторномъ дѣйствіи сосудорасширяющихъ нервовъ 1885. Диссертація. Положеніе 4.

что «образованіе лимфы есть по всей вѣроятности, процессъ секреціонный». Очень интересно привести здѣсь мнѣніе Пашутина, (общ. патологія 1878 г. стран. 402), что для повышенной трансудаціи лимфы не играетъ никакой роли ни истонченіе стѣнокъ капилляровъ при ихъ расширеніи, ни повышенное давленіе,—необходимо же измѣненное питаніе клѣтокъ сосудистой стѣнки. Т. е. на основаніи мнѣній трехъ послѣднихъ авторовъ вліяніе трофическое нерва на сосудистую стѣнку можетъ сказываться въ измѣненіи ея молекулярнаго состава, мѣриломъ чему служитъ количество фильтрующейся serum—лимфы.

Такимъ образомъ изъ этого краткаго очерка видно: 1) что снабженіе нервами клѣточныхъ единицъ стѣнки очень обильно и интимно; 2) что помимо функцій управленія просвѣтомъ сосудовъ, помимо возможныхъ чувствительныхъ нервовъ—еще могутъ описанные нервы такъ или иначе вліять на питаніе отдѣльныхъ клѣтокъ сосудистой стѣнки.

C.

Заболѣваніе периферическихъ нервовъ осложняется участіемъ сосудовъ, лежащихъ въ области распространенія ихъ, — что выражается клинически — ціанозомъ, блѣдностью, измѣненіемъ температуры, отекомъ и даже кровоизліяніемъ.

Есть много поводовъ думать, что аппараты, (такъ дѣятельно) регулирующіе отправленія кровеносной системы—движенія стѣнокъ ея—при физіологическихъ условіяхъ и такъ или иначе управляющіе ихъ питаніемъ,—что эти-же самые аппараты въ томъ случаѣ, когда они сами заболѣваютъ будучи, примѣшаны къ составу заболѣвшихъ нервовъ ввидѣ волоконъ вазомоторныхъ, продолжаютъ все-таки управлять въ своей территоріи извѣстнымъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ,—но вслѣдствіе извращенія своей жизнедѣятельности даннымъ страданіемъ вносятъ извѣстное извращеніе и въ жизнедѣятельность управляемыхъ ими элементовъ и органовъ. Такъ, напр., при нормальномъ состояніи даннаго периферическаго нерва и при всѣхъ остальныхъ неизмѣненныхъ условіяхъ жизни всѣхъ другихъ сферъ организма,—область развѣтвленія даннаго нерва будетъ равна въ своей плотности, цвѣтѣ, температурѣ и т. д. всѣмъ остальнымъ территоріямъ тѣла. Но, если при всѣхъ остальныхъ прежнихъ условіяхъ возникаетъ заболѣваніе этого-же нерва,—сопровождающееся раздраженіемъ его волоконъ, перерожденіемъ ихъ и т. д.—въ формѣ ли невралгіи, неврита ввидѣ ли валлеровскаго пере-

рожденія послѣ его перерѣзки,—то въ большинствѣ случаевъ мѣняется температура области развѣтвленія больного нерва—(понижается или повышается),—измѣняется цвѣтъ ея —(блѣдность, краснота, ціанозъ),—появляется отекъ, кровоизліяніе и т. д. и т. д.

Что касается *значенія измѣненія температуры и цвѣта* въ области развѣтвленія больного нерва, то по Weiss'y [1]) и множеству другихъ авторовъ, интересовавшихся этимъ вопросомъ, причины этихъ двухъ явленій лежатъ между прочимъ въ ширинѣ просвѣта сосудовъ данной области; расширеніе или суженіе,—большій или меньшій подвозъ крови даютъ—то повышеніе температуры, то пониженіе ея, то блѣдность, то красноту и т. д.

Значеніе отека, появленіе котораго Remack [2]) относитъ къ діагностическимъ признакамъ неврита, казуистика котораго такъ же, какъ и всѣхъ только-что упомянутыхъ клиническихъ явленій при заболѣваніяхъ нерва, громадна и отмѣчена между прочимъ у Mougeot [2]) Weir-Mitschele'я [3]) Fischer'a [4]) и многихъ другихъ,—значеніе это въ выясненіи извращеннаго вліянія заболѣвшаго нерва на жизнедѣятельность—питаніе стѣнки сосуда—недостаточно еще выяснено; но во всякомъ случаѣ ввиду вышеприведенныхъ мнѣній: 1) Роговича, — что лимфоотдѣленіе есть только секреціонный процессъ; 2) мнѣнія Sihler'a, что количество фильтрующейся serum при раздраженіи нерва—вслѣдствіе, можетъ быть, измѣненія молекулярнаго строенія отдѣльныхъ клѣтокъ эндотелія—бываетъ сильно увеличено; и 3) мнѣнія Пашутина, что условіе повышенной трансудаціи есть измѣненное состояніе питанія клѣтокъ сосудистой стѣнки.—Значеніе это должно быть истолковано, какъ доказательство участія сосудовъ въ заболѣваніи нервовъ, причемъ не только мѣняется ихъ просвѣтъ и степень наполненія кровью, но измѣняется молекулярный составъ отдѣльныхъ клѣтокъ неизвѣстнымъ образомъ.

Гораздо бо́льшее значеніе въ этомъ отношеніи имѣетъ *кровоизліяніе* при страданіи периферическаго нерва въ области развѣтвленія послѣдняго.

По Bouchard'y [5]) для кровоизліянія необходимъ разрывъ сосуда;—этому же способствуетъ измѣненіе конституціи стѣнки сосуда при повышенномъ внутрисосудистомъ или пониженномъ внѣсосудистомъ давленіи. Первое, т. е. измѣненіе конституціи стѣнки—по автору—

---

[1]) a) Weiss: Wiener med. Presse. 1882. b) Wien. med. Klinik. 1882.

[2]) Mougeot: Troubles de nutrions; thése de P. 1867.

[3]) Lésions des nerfs. P. 1874.

[4]) Berl. klin. Wochenschrift. 1874.

[5]) Vogelin. Contribution à l'étude de purpura alcoholique. Thése de P. 1882.

есть условіе первичное и основное; вторыя условія—пониженіе или повышеніе давленія лишь второстепенны и могутъ проявить свою вредность лишь тогда, если стѣнки сосуда больны, перерождены или вообще ихъ сопротивляемость понижена.

Hayem [1]), изслѣдовавшій мельчайшіе сосуды при кожныхъ кровоизліяніяхъ въ случаяхъ purpura reumatica, нашелъ именно перерожденіе ихъ, доступное опредѣленію микроскопомъ (эндоартеритъ).

По Ranvier [2]) жировое перерожденіе стѣнки сосудистой есть одна изъ главныхъ причинъ кровоизліянія; разстройство питанія стѣнки влечетъ за собой пониженіе сопротивляемости ея, отсюда растяженіе просвѣта сосуда подъ вліяніемъ кровянаго давленія—разрывъ и въ результатѣ кровоизліяніе.

Jaccoud [3]) находитъ 5 причинъ кровоизліяній: 1) травма; 2) изъязвленіе какимъ-либо болѣзненнымъ процессомъ; 3)—вслѣдствіе болѣзненнаго измѣненія стѣнокъ сосуда; 4) механическіе моменты; 5) кровоизліяніе, наконецъ, можетъ быть адинамическое. Общая же причина, располагающая къ кровоизліяніямъ, по его мнѣнію, есть измѣненіе стѣнокъ сосуда; (при адинамическомъ кровоизліяніи имѣется двоякій благопріятный моментъ къ этому: измѣненіе стѣнокъ и измѣненіе крови).

Vulpian [4]) утверждаетъ: 1) что геморрагіямъ благопріятствуетъ предшествующее измѣненіе сосудовъ, 2) что есть страданія, въ которыхъ, какъ особенный симптомъ глубокаго разстройства нервовъ, управляющихъ сосудами,—бываютъ геморрагіи.

Вагнеръ [5]) думаетъ, что всякое болѣе или менѣе значительное кровоизліяніе происходитъ разрывомъ сосудистыхъ оболочекъ. Разрывъ этотъ никогда не удается констатировать, особенно, если дѣло идетъ о разрывѣ капилляровъ.

Charles Voisine [6]) приходитъ къ заключенію, что предварительнымъ условіемъ для появленія экхимоза долженъ быть разрывъ сосудистой стѣнки, измѣненной предварительно подъ вліяніемъ нервовъ.

Weir-Mitschell [7]) наблюдалъ петехіи при невралгіяхъ и, по его мнѣнію, эти кожныя геморрагіи суть слѣдствіе пораженія нервовъ—результатъ трофическихъ вліяній нервовъ на сосудистую стѣнку.

Циглеръ [8]) утверждаетъ, что причину нарушенія цѣлости сосудистой

---

[1]) Société Biologique. 1876.

[2]) Vogelin. ibidem.

[3]) Vogelin. ibidem.

[4]) Appareil vasomateur. II. 521.

[5]) Общая Патологія, стр. 293, 1874 г.

[6]) Ecchymoses cutanées, consécutives aux maladies de la moelle. Paris. Thèse. 1884.

[7]) См. Faisans—l. c.

[8]) Патологическая Анатомія. 1883, стр. 39 и 40.

стѣнки составляютъ или травма или заболѣваніе,—это послѣднее имѣетъ мѣсто при всѣхъ произвольныхъ кровотеченіяхъ. Повышеніе кровяного давленія не въ состояніи заставить лопнуть совершенно здоровый сосудъ.

Клебсъ [1]) считаетъ, что причиной мѣстныхъ кровоизліяній бываетъ легкая разрываемость и ломкость сосудовъ.

Сопоставленіемъ всего этого выясняется значеніе кровоизліянія: 1) если въ картинѣ болѣзни встрѣчаются кровоизліяніе, то значитъ имѣется измѣненіе питанія стѣнокъ, предшествовавшее этому и обусловившее его; 2) если же кромѣ этого имѣется,—какъ первичное условіе,—заболѣваніе нервовъ, если кровоизліяніе произошло во время теченія болѣзни этихъ послѣднихъ, если это кровоизліяніе произошло только въ области развѣтвленія даннаго больного нерва и нигдѣ больше, то устанавливается зависимость—a) кровоизліянія—отъ заболѣвшей стѣнки сосуда,—b) страданіе-же этой послѣдней—отъ страданія даннаго нерва.

Какъ уже упомянуто нами, въ литературѣ есть указанія, что заболѣванія нерва сопровождаются кровоизліяніями. Такъ Duplay et Morat [2]) въ ихъ случаяхъ mal perforant du pied находили рѣзко перерожденные нервы нижней конечности больной стороны и перерожденіе сосудовъ той же стороны съ явленіями потери эластичности,—хрупкостью сосуда, пролифераціей стѣнки и т. д. Авторы отмѣчаютъ кромѣ того явленія геморрагіи на больной конечности и объясняютъ это перерожденіемъ сосудовъ.

Faisans [3]) описываетъ нѣсколько случаевъ геморрагій, гдѣ подобно предыдущему случаю имѣется страданіе нервовъ. 1) Паціентъ страдаетъ невритомъ сѣдалищнаго нерва долгое время. Въ извѣстный періодъ теченія этой болѣзни вдругъ появляется въ области развѣтвленія больного нерва громадное подкожное кровоизліяніе, занимающее, судя по описанію, область около двухъ квадратныхъ четвертей: начинаясь по задней сторонѣ колѣнной области и распространяясь по наружной сторонѣ бедра вверхъ, кровоизліяніе переходило на ягодичную область; никакихъ поводовъ и причинъ, объясняющихъ его появленіе, кромѣ неврита N. ichiadici. 2) Паціентъ точно также страдаетъ невритомъ сѣдалищнаго нерва; точно также въ извѣстное время теченія болѣзни появляется подкожное кровоизліяніе, но не одиночное, а множественное:—одинъ экхимозъ занимаетъ всю область подколѣнной ямки и при-

---

[1]) Патологическая Анатомія, 1871 г., стр. 42.
[2]) Archives générales de médecine. 1873.
[3]) l. c.

лежащую часть внутренней поверхности бедра; второй, менѣе обширный,—всего около двухъ ладоней пространствомъ,—расположенъ на наружной поверхности бедра; третій —величиной въ серебрянную пятифранковую монету—расположенъ на ягодицѣ.

Moeli [1]) описываетъ больного съ невритомъ вѣтвей N. ichiadici, у котораго появилось подкожное кровоизліяніе въ области лодыжки величиной въ талеръ. Въ интенсивности его авторъ убѣдился на вскрытіи, гдѣ оказалось, что periosteum tibiae въ данномъ мѣстѣ былъ пропитанъ излившейся кровью.

Pitres et Vaillard [2]) наблюдали одного больного, погибшаго на 18 день послѣ перелома черепа, съ кровоизліяніемъ подъ твердую мозговую оболочку и послѣдовавшей затѣмъ гемиплегіей. На четвертый день послѣ пораженія развиваются на обѣихъ ягодицахъ эритематозныя пятна съ кровоизліяніями и послѣдующими изъязвленіями. На вскрытіи оказалось, что периферическіе нервы въ мѣстахъ, прилегавшихъ къ кровоизліяніямъ на ягодицахъ,—были перерождены (невритъ?).

Ziemssen [3]), описывая дифтеритическій полиневритъ, отмѣчаетъ встрѣчающіяся при этомъ геморрагіи и утверждаетъ, что измѣненіе сосудовъ resp. кровоизліянія имѣютъ свою причинную зависимость въ полиневритѣ.

Scharley [4]) въ одномъ случаѣ остраго кровоизліянія въ легкія—нашелъ на вскрытіи явленіе воспаленіе N. vagi.

Hayem [5]) описываетъ больного, у котораго раненіе предплечія захватило N. medianus и вызвало параличъ нѣкоторыхъ мышцъ и анестезію I, II и III пальцевъ;—въ дальнѣйшемъ—въ сферѣ больного нерва на кисти появлялись фликтены, наполненныя красной жидкостью, которыя лопались, засыхали и т. д.

Тотъ же авторъ [6]) опубликовалъ слѣдующія два наблюденія:

Портной, 50 лѣтъ, порѣзалъ стекломъ правое предплечіе, вслѣдствіе чего развились—неподвижность I, II и III пальцевъ, анестезіи ихъ и части кисти, пониженіе электрической реакціи мышцъ большого пальца; съ заживленіемъ раны—нѣкоторое улучшеніе чувствительности, но боли и подвижность почти тѣ же. Черезъ 2 мѣсяца послѣ раненія

---

[1]) Charité Annalen. 1883. Casuistische Mittheilung.

[2]) Archives de Neirologie. 1883, №№ 14 и 15. Névrites périphériques non traumatiques.

[3]) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1888.

[4]) Ibidem.

[5]) Comptes Rendus de la Société Biologique. 1874.

[6]) Archives de Phisiologie. 1873. Deux cas de lésions cutanées, consécutives à des sections des nerfs.

отмѣчено, что первые три пальца руки тугоподвижны, вся кисть отекла, ціанотична, температура ея на 10°C ниже температуры здоровой кисти, на тылѣ III пальца кровянистая фликтена, а черезъ недѣлю послѣ—такая-же на ладонной сторонѣ второго пальца, еще черезъ мѣсяцъ новая кровянистая фликтена на тыльной же сторонѣ III пальца немного ниже прежней, еще черезъ нѣсколько дней — подкожное кровоизліяніе на тылѣ ногтевой фаланги III пальца, проникающее подъ самый ноготь; ноготь совершенно чернѣетъ, но уцѣлеваетъ. Pulpa этого пальца суха, морщиниста, мумифицирована и черна; вены на кисти руки растянуты. Всѣ три пальца тонки, согнуты; кожа на нихъ морщиниста. Brown-Sequard, видѣвшій этого больного, относитъ страданіе на невритъ. Авторъ объясняетъ разстройство циркуляціи имѣющимся раздраженіемъ нерва.

Второй случай касается столяра 24 л., расшибшаго себѣ руку, вслѣдствіе чего необходимо было ампутировать кисть; 3 мѣсяца спустя паціентъ ушибъ плечо,—боли по ходу N. ulnaris: вскорѣ послѣ этого появляется на культѣ трещина безъ всякихъ причинныхъ моментовъ, изъ которой въ нѣсколько пріемовъ возникаютъ кровотеченія. Культя холодна, приняла ціанотическую окраску. При точномъ изслѣдованіи оказалось—отекъ анестезія предплечія и невритъ соотвѣтствующихъ нервовъ.

Mougeot [1]) наблюдалъ одного больного, ранившаго себѣ N. ulnaris; послѣдствіемъ этого было появленіе на кисти руки въ области развѣтвленія N. ulnaris—фликтенъ, выполненныхъ красной жидкостью.

Въ другомъ его случаѣ раненъ уколомъ N. collateralis medius, въ результатѣ же—появленіе темнокрасныхъ фликтенъ въ области развѣтвленія раненнаго нерва.

Повидимому, точно такое же вліяніе на разстройство питанія стѣнки сосудовъ,—влекущее за собой кровоизліянія, имѣютъ и страданія нерва ввидѣ невралгіи. По крайней мѣрѣ, въ литературѣ существуютъ указанія на это.

По Vulpian'у [2]) невралгія plexus lumbo uterinae можетъ вызвать метроррагію.

Cahen [3]) отмѣчаетъ, что при невралгіяхъ нѣкоторыхъ поясничныхъ нервовъ пораженіе можетъ распространяться и на plexus hipogastricus, послѣдствіемъ чего могутъ быть кровоизліянія въ соотвѣтствующую область, такъ что, напримѣръ, при невралгіи N. ileo-lumbalis могутъ быть metrorhagia.

---

[1]) Troubles de nutrition consécutives aux affections des nerfs. P. 1867.

[2]) Appareil vasomoteur, II, 530.

[3]) Archives générales de médecine. 1863. Nevroses vasomotrices.

D.

Заболѣваніе нервовъ въ формѣ невралгіи или въ формѣ неврита, сопровождается измѣненіемъ сосудовъ какъ артерій, такъ и венъ, лежащихъ въ области развѣтвленія даннаго нерва. Это доказано и клиническими и паталогоанатомическими методами изслѣдованія.

Предположеніе, что страдающіе периферическіе нервы могутъ вызывать разстройство питанія сосудистой стѣнки, о которомъ можно было такъ или иначе судить по даннымъ, высказаннымъ въ предыдущемъ параграфѣ, становится гораздо болѣе убѣдительнымъ въ ряду ниже приведенныхъ случаевъ, гдѣ *клинически* въ картинѣ страданія можно было точно установить *заболѣваніе нерва,* гдѣ по истеченіи извѣстнаго промежутка времени подъ наблюденіемъ того-же или другого врача клиническими методами изслѣдованія установлено было безспорное *измѣненіе сосудовъ* въ области развѣтвленія даннаго больного или прежде больного нерва.

Такъ Giovanni [1]) наблюдалъ женщину 50 лѣтъ отъ роду, страдавшую упорными лѣвосторонними невралгіями лица съ дѣтства. При клиническомъ изслѣдованіи ея сосудистой системы много лѣтъ спустя отъ начала этихъ невралгій, оказалось—атероматозное перерожденіе артерій, но только той половины лица, которая была подвержена приступамъ невралгіи.

Huchard [2]) описываетъ упорную невралгію плечевого сплетенія, неуступавшую никакимъ лѣчебнымъ мѣропріятіямъ много лѣтъ подъ рядъ. При изслѣдованіи сосудистой системы этого больного оказалось рѣзко-выраженное атероматозное перерожденіе сосудовъ, но опять таки только той верхней конечности, которая была одержима невралгическими болями.

Potin [3]) имѣлъ въ своемъ наблюденіи больного съ варикознымъ перерожденіемъ венъ на той стопѣ (—ногѣ?), которая прежде была мѣстомъ невралгіи сѣдалищнаго нерва. Авторъ ставитъ наблюдаемое имъ измѣненіе сосудовъ въ зависимость отъ перенесеннаго страданія N. ichiadici.

Sonnenburg [4]) описываетъ сорока двухъ лѣтнюю женщину, кото-

---

[1]) Huchard. Maladies des vaisseaux et du coeur. 1893. P. p. 152.

[2]) l.c. ibidem.

[3]) Gazette des Hopitaux. 1883.

[4]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1874.

рая ранила себя косой въ ногу, — будучи четырнадцати лѣтъ отъ роду: поврежденіе пришлось въ области N. tibialis. Съ тѣхъ поръ больная сохраняла анестезію стопы—подошвы и икроножной области;—постепенно у больной, на стопѣ, нервъ которой былъ раненъ, развилось варикозное перерожденіе венъ безъ того, чтобы этому способствовали какіе нибудь механическія причины или другія какія либо мѣстныя механическія вліянія, точно такъ-же, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ.

Еще болѣе убѣдительными въ этомъ отношеніи оказываются тѣ клинически проведенные случаи, гдѣ діагнозъ могъ быть провѣренъ *на вскрытіи* микроскопическимъ или макроскопическимъ изслѣдованіемъ, гдѣ оказывалось перерожденіе нерва, а на ряду съ этимъ измѣнены были сосуды съ утолщеніемъ ихъ стѣнки, съуженіемъ ихъ русла и т. д.

Такіе факты отмѣчены многими авторами внимательно наблюдавшими явленія:

Gaumbault и Siemerling [1]), такъ много занимавшіеся патологіей периферической нервной системы, сдѣлавшіе такъ много клиническихъ наблюденій, сопровождавшихся вскрытіемъ, отмѣчаютъ часто встрѣчаемое ими утолщеніе стѣнокъ сосудовъ при невритѣ.

Minkowsky [2]) нашелъ также утолщеніе стѣнокъ периферическихъ сосудовъ при множественномъ алкогольномъ невритѣ.

Муравьевъ [3]) утверждаетъ, что утолщеніе сосудистой стѣнки—явленіе обычное при интерстиціальномъ невритѣ.

Pitres er Vaillard[4]) наблюдали на обоихъ большихъ суставахъ ногъ гангренозныя язвы типа mal perforant du pied;—на вскрытіи оказались очень распространенныя измѣненія со стороны периферическихъ нервовъ ногъ; a. a. pedieae оказались измѣненными на всемъ своемъ протяженіи,—по всей длинѣ ихъ имѣлось утолщеніе стѣнокъ, хотя до облитераціи дѣло не дошло.

Arnozan [5]) нашелъ въ наблюдаемомъ имъ случаѣ паренхиматозный невритъ и эндоартеритъ глубокихъ артерій—аркадъ кисти руки съ съуженіемъ просвѣта ихъ.

Vierordt [6]) при клинической картинѣ остраго неврита потерялъ одного фтизика, на вскрытіи нашелъ множественный дегенеративный

---

[1]) Rachmaninoff. Revue de médecine. 1892.

[2]) Centrallblat für medicinische Wissenchaft. 1889: Beitrag zur Pathologie der multiple Neiritis. Leipzig. 1888.

[3]) Медицинское обозрѣніе. 1895. Склерозъ нервовъ.

[4]) Archives de phisiologie. 1885.

[5]) Semaine médicale. 1881.

[6]) Archiv für Psichiatrie. Bd. XIV. 1883.

невритъ периферическихъ нервовъ, а паралелльно текущіе сосуды имѣли утолщенныя стѣнки.

Ioffroy et Achard [1]) въ одномъ случаѣ—tabes'a, гдѣ имѣлся кромѣ того периферическій невритъ, нашли утолщеніе стѣнокъ сосудовъ нижнихъ конечностей.

Lanceraux [2]) въ своихъ случаяхъ гангрены на почвѣ нервныхъ разстройствъ находилъ измѣненія периферическихъ нервовъ и очень часто утолщеніе стѣнокъ конечныхъ артеріальныхъ развѣтвленій.

Fischer [3]) въ своихъ случаяхъ mal perforant, гдѣ имѣлось пораженіе главнымъ образомъ N. ichiadici, нашелъ утолщеніе стѣнокъ сосудовъ артеріальныхъ—главнымъ образомъ tunicae intimae и съуженіе просвѣта.

Meyer [4]) въ его случаяхъ пораженія кожи съ высыпью, напоминающей пемфигусъ, нашелъ эндоартеритъ кожныхъ сосудовъ и невритъ всѣхъ кожныхъ нервовъ.

Sezary [5]) наблюдалъ случай остраго заболѣванія конечностей съ атрофіей мышцъ на рукахъ и ногахъ, отсутствіемъ подвижности волевой въ мышцахъ, двигающихъ стопу, потерей фарадической реакціи въ нихъ. На вскрытіи оказались нервы темнаго цвѣта, набухшими и размягченными, (вѣроятно перенхиматозный невритъ);—артеріи—оказались суженными, хотя и не облитерированными.

Duplay et Morat [6]) въ одномъ изъ случаевъ при mal perforant du pied нашли пораженіе мышцъ съ геморрагіями въ нихъ,—нервы мышечные очень перерожденными; артеріи—же въ области ихъ развѣтвленія оказались тоже измѣненными.

Въ той же самой работѣ авторы отмѣчаютъ пораженіе эндоартеритомъ артерій—a. a. collateralis plantaris,—dorsalis, pedieae, tibialis posticae; — соотвѣтствующіе этимъ артеріямъ нервы въ этихъ случаяхъ представлялись пораженными на гораздо большемъ протяженіи вверхъ, чѣмъ артеріи, и измѣненіе ихъ было настолько сильно, что въ большинствѣ случаевъ отъ нервныхъ волоконъ оставалось одно швановское влагалище, наполненное овальными ядрами, міэлиновое же влагалище и осевой цилиндръ оказывались разрушенными.

Тамъ же авторы приводятъ слѣдующее наблюденіе (XI): киста близь ossis sacri придавила въ тазу корешки N. ichiadici; послѣдствіемъ этого развиваются боли по ходу всего N. ichiadici, парестезіи и анестезіи,

[1]) Archives de la médecine expérimental. 1889.

[2]) Semaine médicale. 1894. an.

[3]) Archif für klinische Chirurgie, Bd. XVIII. 1875.

[4]) Virchow's Archiv. Bd. 94. 1884.

[5]) Цитировано по Duplay. Archives générales. 1873.

[6]) ibidem.

и тѣмъ больше выраженныя, чѣмъ ближе къ стопѣ. Послѣ произведенной операціи, съ цѣлью удалить означенную кисту,—больной погибъ; на вскрытіи-же только сосуды той ноги, которая давала боли вслѣдствіе сдавленія ея N. ichiadici, были перерождены эндоартеритомъ, постепенно уменьшающимся по мѣрѣ удаленія къ верху къ области большихъ сосудовъ, такъ что a. iliaca и a. aorta были совершенно нормальны.

Meyer [1]) въ двухъ случаяхъ склеродерміи нашелъ невритъ периферическихъ нервовъ и кромѣ того въ области развѣтвленія ихъ могъ отмѣтить всюду утолшеніе стѣнокъ кожныхъ артерій, главнымъ образомъ меньшаго калибра ихъ съ уменьшеніемъ сосудистаго просвѣта почти до облитераціи.

Pitres et Vaillard [2]) при опоясывающемъ лишаѣ по ходу VI и XI межреберныхъ нервовъ нашли гибель нервныхъ волоконъ въ заинтересованномъ нервѣ, распадъ въ крупные обломки міэлиноваго влагалища и въ тоже самое время въ прилежащей умноженной соединительной ткани оказалось умноженіе ядеръ въ капилярахъ.

Въ послѣднее время Fraenkel [3]), ради рѣшенія вопроса о причинахъ трофическихъ разстройствъ при заболѣваніи нервной системы, изслѣдовалъ сосудистую периферическую систему у труповъ молодого и средняго возраста при здоровой, (микроскопическое изслѣдованіе — ради контроля,) нервной системы, и у 36 труповъ съ больной нервной системой.

Были взяты тѣла погибшихъ при явленіяхъ—сирингоміэліи, табеса, прогрессивнаго паралича, но были также и съ множественнымъ невритомъ. Авторъ не ограничился изслѣдованіемъ артерій, но поизслѣдовалъ также и вены.

И артеріи и вены представляли два типа измѣненій, которыя, можетъ быть, представляютъ лишь различныя переходныя фазы отъ одной къ другой.

Перваго типа измѣненія въ артеріяхъ представляютъ значительное утолщеніе стѣнки, влекущее за собой ригидность и неподатливость ея. Утолщеніе это происходитъ не только отъ гипертрофіи отдѣльныхъ элементовъ, но также и отъ новообразованія новыхъ — гиперплазіи ихъ—и именно въ muscularis:—число волоконъ этой оболочки увеличено, ядра ихъ стали толще; adventitia-же—тонка; intima—утолщена или въ видѣ отдѣльныхъ холмиковъ и горбиковъ, которые вдаются въ просвѣтъ сосуда или утолщеніе это представляетъ диффузное разростаніе всей толщи intimae; просвѣтъ сосуда расширенъ (рѣдко) или съуженъ.

---

[1]) Goldschmidt. Revue de médecine. 1887.

[2]) Archives de Neirologie. 1883.

[3]) Wiener klin. Wochenschrift. N⁰ 9 и 10.

Второго типа измѣненія характеризуются общимъ увеличеніемъ размѣровъ сосуда съ гипертрофіей главнымъ образомъ intimae,—съ большимъ или меньшимъ съуженіемъ просвѣта въ зависимости отъ толщины intimae.

Страданіе венъ представляется совершенно аналогичнымъ таковому же артерій: точно также имѣется утолщеніе стѣнки вены, зависящее отъ гипертрофіи и гиперплазіи клѣтокъ ея;—очень характерно и бросается въ глаза увеличеніе числа мышечныхъ волоконъ, такъ что вена становится по внѣшнему виду похожа на артерію.

Авторъ приводитъ сверхъ того одинъ казуистическій случай полиневрита у одной алкоголички, умершей во время пнеймоніи, — у которой на вскрытіи найдены признаки атрофіи нерва; сосуды же конечностей,—начиная отъ a. poplitea и a. axillaris и направляясь къ периферіи, представляли утолщеніе стѣнки главнымъ образомъ гипертрофію tunicae mediae.

E.

Клиническія наблюденія подтверждены рядомъ опытныхъ изслѣдованій, при которыхъ нервъ или перерѣзывался, или не перерѣзанный долгое время подвергался различнымъ механическимъ или химическимъ раздраженіямъ. Этимъ путемъ выяснено, что въ подверженной опыту конечности самая отдаленная часть ея мѣняетъ свой цвѣтъ, температуру, объемъ,—на ней появляются подкожныя кровоизліянія, а при гистологическомъ изслѣдованіи сосуды оказываются перерожденными.

Еще болѣе убѣдительности наконецъ имѣютъ факты, полученные путемъ опыта, во первыхъ потому вообще, что возможность выдѣлить изъ различныхъ вліяющихъ дѣятелей только одно вліяніе нерва устраняетъ сомнѣнія, постоянныя при клиническихъ только наблюденіяхъ: одна ли причина даннаго явленія или ихъ много;—въ частности же и потому еще, что опытъ можетъ подтвердить клиническое наблюденіе.

§ 1.

Клиническія картины гипереміи, ціаноза, повышенія и пониженія температуры и отека, которыя мы отмѣтили въ одномъ изъ предыдущихъ параграфовъ, какъ явленія участія сосудовъ въ заболѣваніяхъ

нервовъ, получены большинствомъ изслѣдователей въ лабораторіяхъ и описаны всѣми, кто только этими сторонами дѣла интересовался, между прочимъ такими авторами, какъ Fischer [1]), Левашевъ [2]), Разумовскій [3]), Vaillard [4]), Weir-Mittchell [5]), Роговичъ [6]), и др. (кромѣ того см. у Лауденбаха: сосудодвигательная нервная система). Значеніе этихъ явленій, какъ выраженіе состояній сосуда при измѣненіяхъ цвѣта, температуры опытной конечности и измѣненія ея объема—(отекъ)—уже обозначено раньше.

Явленія кровоизліянія въ территоріи того или другого периферическаго нерва въ извѣстный періодъ его страданія—resp. раздраженія, отмѣченныя въ предыдущемъ, какъ извѣстное, не совсѣмъ рѣдкое явленіе въ клинической картинѣ заболѣванія нервовъ,—получены также и при искусственныхъ раздраженіяхъ периферическихъ нервовъ. И если въ клиникѣ явленіе это могло бы казаться совершенно случайнымъ, ничего общаго съ заболѣваніемъ нерва не имѣющимъ обстоятельствомъ, то полученное resp. провѣренное опытомъ, путемъ раздраженія нерва, осложненіе это оказывается уже болѣе или менѣе закономѣрнымъ явленіемъ.

Mathieu et Gley [7]) перетягивали у собакъ сѣдалищный нервъ шнуромъ и смачивали послѣдній карболовой кислотой для того, чтобы къ механическому раздраженію шнура прибавить еще и химическое вліяніе кислоты. Черезъ нѣкоторое время отъ наложенія раздражающаго начала на нервъ, въ самой отдаленной области развѣтвленій его, именно на лапѣ, появлялись подкожныя кровоизліянія.

Arloing et Tripier [8]) перерѣзывали N. vagus и черезъ нѣкоторое время убивали животное. На вскрытіи они находили экхимозы очень большой величины по всей поверхности плевры.

Hermann Joseff [9]) ради своихъ цѣлей раздражалъ сѣдалищный нервъ лягушки, при чемъ оказалось, что время появленія кровоизліяній бываетъ различно. Такъ,—у лягушки первой серіи кровоизліянія появились въ мышцахъ берца черезъ два дня отъ начала опыта.

У лягушки второй серіи—на шестой день и при томъ лишь маленькихъ размѣровъ.

---

[1]) Legros l. c.

[2]) Virhow's Archiv, Bd. 92. Centrallblatt fur medicinische Wissenschaften. 1883.

[3]) Диссертація. Вліяніе перерѣзки N. N. на ростъ костей.

[4]) Troubles trophiques á la suite d'injection. Semaine médicale. 1887.

[5]) Lésions des nerfs. 1874.

[6]) Псевдомоторное дѣйствіе сосудорасширяющихъ нервовъ. Кіевъ 1885.

[7]) Bevue de médecine. 1887.

[8]) Vulpian l. c. II. 387.

[9]) Archiv für Anatomie und Phisiologie. 1872. Einfluss der Nerven auf Ernährung.

У лягушки третьей серіи—на 10 день кровяные экстравазаты въ плавательную перепонку.

У лягушки четвертой серіи—на 14 день появились кровоизліянія въ плавательную перепонку.

Тѣ же явленія кровоизліяній при условіяхъ опыта отмѣчаютъ также и Левашовъ, Разумовскій, Friedländer и другіе, ниже цитируемые авторы.

§ 2.

Но наибольшимъ значеніемъ въ доказательствахъ, что раздраженіе нерва resp. извращеніе въ нервѣ его жизнедѣятельности—можетъ отразиться на питаніи сосудистой стѣнки, представляетъ цѣлый рядъ нижеприводимыхъ опытовъ, гдѣ подобно предыдущему было произведено то или иное длительное нарушеніе покоя или дѣятельности нерва, а въ результатѣ—по исключенію всѣхъ моментовъ, могшихъ проявить подобно же вліяніе,—оказываются измѣненія въ сосудахъ, доступныя не только микроскопу, но даже и простому глазу.

Vulpian [1]), интересуясь измѣненіями, которыя могутъ быть вызваны въ мышцахъ отдѣленіемъ отъ нихъ (управляющаго ими) нерва, замѣтилъ, что на шестой день послѣ перерѣзки сѣдалищнаго нерва, стѣнки артеріи съ периферическаго участка представляли явленіе тонкой жировой грануляціи. Изслѣдуя-же артерійки уже атрофированныхъ мышцъ,—т. е. спустя болѣе продолжительное время,—онъ нашелъ, что сосуды эти представляли явленія легкой гиперплязіи, и именно ихъ наружной оболочки. (Page. 753: Les vaisseaux des m.m. atrophies: parfois il m'a paru au moins, il s'était fait une legére hyperplasie de la tunique adventice de ces vaisseaux).

Eichhorst [2]) замѣтилъ, что, по перерѣзкѣ N. vagi, на поверхности міокардія образуются желтыя пятна и эти пятна, какъ оказалось въ дальнѣйшемъ изслѣдованіи Martin'a, были скопленія эмбріональныхъ клѣтокъ въ окружности отдѣльныхъ сосудовъ—явленія пролифераціи.

Martin [3]) при своихъ опытахъ бралъ голубей, и, перерѣзавъ имъ, точно также какъ и Eichhorst, N. vagus, получилъ тѣ же макроскопическія картины; при изслѣдованіи же микроскопическомъ—въ артеріяхъ мелкихъ, кажущихся здоровыми,—ядра эндотелія оказались увеличенными, сами клѣтки эндотелія раздулись и вмѣсто того, чтобы быть плоскими,

---

[1]) Archives de phisiologie. 1872. Influense de lésions des nerfs sur les muscles. Page 390 et 756.

[2]) Взято у Gley-Mathieu. Archives de phisiologie. 1888.

[3]) Revue de médecine 1885.

приняли рельефныя формы. Другія артеріи, которыя макроскопически уже казались заболѣвшими, при микроскопическомъ изслѣдованіи обнаружили всѣ признаки эндоартерита и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ оказались совершенно облитерированными.

Giovanni[1]) произвелъ надъ собаками слѣдующій опытъ: черезъ межреберныя пространства близъ спинного хребта онъ перерѣзалъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ N. simpaticus. Убивъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ животныхъ, онъ нашелъ островчатое атероматозное перерожденіе дуги аорты и прилежащихъ къ ней частей.

Bervoet[2]) сдѣлалъ опытную работу подъ руководствомъ профессора Wincler'а надъ кроликами. Авторъ перерѣзывалъ животнымъ сѣдалищный нервъ, а по прошествіи нѣкотораго времени, убивъ наблюдаемаго кролика, нашелъ въ периферическихъ сосудахъ раненной конечности явленія перерожденія съ аневризматическимъ расширеніемъ въ однѣхъ частяхъ, съ съуженіемъ просвѣта въ другихъ. Въ стѣнкѣ, особенно близъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ заложенъ нервъ, авторъ видѣлъ разнообразныя явленія роста различныхъ тканей; такъ напримѣръ, въ наружныхъ слояхъ t. muscularis замѣчалась атрофія гладкомышечныхъ клѣтокъ, въ центральныхъ же слояхъ той же оболочки, напротивъ, гипертрофія ихъ; утолщающаяся благодаря этому оболочка и съуживаетъ просвѣтъ сосуда; эндотеліальныя клѣтки представляли явленіе гиперплазіи; (въ общемъ картина эндоартерита).

Friedländer[3]), который одинъ изъ первыхъ описалъ облитерирующій эндоартеритъ сосудовъ и прослѣдилъ его при многихъ заболѣваніяхъ паренхиматозныхъ органовъ, пытался вызвать его искуственно на сосудахъ легкихъ. Перерѣзавъ N. laringeus inferior у кроликовъ, онъ вызвалъ клиническія явленія, напоминавшія чахотку, а при вскрытіи находилъ измѣненіе артерій съ характеромъ облитерирующаго эндоартерита, при чемъ начальныя стадіи этихъ измѣненій были замѣтны уже черезъ 40 часовъ.

Dr. Fraenkel[4]) перерѣзывалъ сѣдалищный нервъ у 2-хъ собакъ и 10 кроликовъ и кожную рану закрывалъ швомъ. Уже черезъ два мѣсяца отъ начала опыта замѣтны были отчетливо измѣненія въ сосудахъ при сравненіи здоровой конечности съ подвергаемой опыту; артеріи и вены на послѣдней сильно налиты кровью, кажутся часто въ нѣсколько разъ толще, чѣмъ на здоровой половинѣ, и чѣмъ больше времени протекло

---

[1]) 1) Huchard—Maladies des e vaisse aux. 1893, page 151. 2) martin. Revue de médecin. 1885. 3) Revue de sciences médicales en France et á l'étranger. 1878.

[2]) Centrallblatt für Chirurgie. 1895. № 10 стр. 247.

[3]) Centrallblatt für Medicin. Wissenchaften. 1876.

[4]) Wiener klinische Wochenschrift. № 9 и 10. Neirotische Angiosclerose.

со времени начала опыта, тѣмъ рѣзче выражены измѣненія. Вообще и вены и артеріи претерпѣвали аналогичныя измѣненія. Артеріи представляли сильное увеличеніе ихъ объема;—въ общемъ просвѣтъ ихъ казался на поперечномъ разрѣзѣ въ 4—5 разъ больше таковаго на здоровой половинѣ; замѣтно сказывалось это и на membrana elastica, которая выравняла свои складки и мѣстами совершенно исчезла; стѣнка артеріи однако на столько утолщена, что все таки просвѣтъ казался съуженнымъ, его круглая форма превратилась въ продольную щелеобразную; отдѣльные слои сосудистой стѣнки, особенно intimae, представляли разращеніе и утолщеніе. Вены представляли по мѣстамъ еще болѣе рѣзкое превращеніе, были въ объемѣ увеличены гораздо больше, чѣмъ артеріи; стѣнки ихъ очень утолщены точно также путемъ разращенія, особенно intima, и muscularis; intima несетъ свои разростанія островами, вдающимися въ просвѣтъ; послѣдній въ 2—3 раза шире, чѣмъ на здоровой ногѣ, но по сравненіи съ общей толщиной стѣнки кажется суженнымъ. Къ сожалѣнію, авторъ не рисуетъ деталей микроскопической картины, не упоминаетъ вовсе о vasa vasorum и состояніи adventitiae.

Gley et Mathieu [1]), желая провѣрить ниже изложенныя изслѣдованія Левашева, не выдержали опытъ достаточное время; вмѣсто необходимыхъ минимальныхъ 18 мѣсяцевъ,—время ихъ наблюденія животнаго отъ наложенія раздражающаго приспособленія до вскрытія—было лишь три мѣсяца: они производили раздраженіе сѣдалищнаго нерва, продѣвъ сквозь него нить, смоченную кислотами. Изъ 3 собакъ только у одной оказались измѣненія характера эндоартеритическаго; хотя авторы отмѣчаютъ, что подобныя измѣненія артеріи были будто-бы и на контрольной ногѣ, нервъ которой не подвергался раздраженію, но, конечно этотъ фактъ ни отрицательнаго, ни умаляющаго значенія для вывода имѣть не можетъ и имѣющіяся измѣненія на здоровой ногѣ могутъ имѣть свою причину, точно также во вліяніи нервовъ, рефлекторно проявлявшихъ свою дѣятельность какъ слѣдствіе возможныхъ болей, (испытываемыхъ животными во время теченія опыта), что́ всегда сопровождается вазомоторными движеніями. Mougeot [2]) нашелъ, что при поврежденіи нерва, трофическое явленіе наступаетъ или въ районѣ раненнаго нерва или же, путемъ рефлекторнымъ, распространяется въ область, удаленную отъ раненнаго нерва; т. е. раздраженіе черезъ рефлекторный центръ распространяется по двигательнымъ, чувствительнымъ и вазомоторнымъ вѣтвямъ и вызываетъ опредѣленный

---

[1]) Archives de phisiologie. 1888.

[2]) Troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs. Thése de P. 1867.

нутритивный эффектъ. А, Остроумовъ [1]) нашелъ, что при раздраженіи центральнаго конца перерѣзаннаго N. ichiadici—температура здоровой стопы значительно превосходитъ—температуру оперированной, гдѣ перерѣзанъ нервъ. Авторъ — повышеніе температуры стопы — объясняетъ, какъ и всѣ другіе, расширеніемъ сосудовъ данной конечности и въ этомъ расширеніи сосудовъ на ногѣ здоровой видитъ дальнѣйшее подтвержденіе ученія Goltz'a, что сосудорасширяющіе нервы могутъ возбуждаться рефлекторными путями. (Какъ увидимъ ниже, расширеніе сосудовъ—одно изъ условій перерожденія ихъ).

Нервъ, надъ которымъ Gley et Mathieu производили раздраженіе, при микроскопическомъ изслѣдованіи представлялъ сегментацію и распадъ міэлиноваго влагалища, гибель осевого цилиндра, умноженіе ядеръ неврилеммы и т. д.

Болѣе ясны и точны выводы и опыты Левашева, посвятившаго вопросамъ о патологическихъ вліяніяхъ на сосуды много лѣтъ подъ рядъ. Его способъ раздраженія нервовъ, который принятъ былъ впослѣдствіи другими изслѣдователями, состоялъ въ протягиваніи сквозь нервъ нитки, смоченной кислотами или солями;—все время опыта обращалось вниманіе на наполненіе пульса, температуру, чувствительность кожи, ея питаніе и т. д. Изъ его экспериментовъ вытекало, что наиболѣе отчетливые результаты получались не отъ устраненія вліянія нервовъ на данную ткань, путемъ перерѣзки ихъ, (причемъ развивалась анестезія даннаго участка тѣла съ невозможностью самозащиты ея и т. д.), но отъ раздраженія нервовъ, подходящихъ къ извѣстному участку тѣла;—при чемъ функція нервовъ въ общемъ не только не погибала, но въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ даже повышалась; такъ что напр., способности моторная и чувствительная иногда повышались, (хотя не всегда)—дѣятельность же вазомоторовъ, текущихъ въ данныхъ нервахъ, всегда и рѣзко повышалась: въ большинствѣ случаевъ наступало расширеніе сосудовъ,—сильная пульсація ихъ, отекъ, утолщеніе конечности въ объемѣ съ повышеніемъ температуры на 15°—25°C. по сравненію съ повѣрочной ногой [1]) и т. д. причемъ интенсивность всѣхъ этихъ явленій зависѣла отъ интенсивности и распространенности воспаленія въ нервѣ. Расширеніе сосудовъ, (увеличеніе объема конечности и повышеніе температуры), длилось послѣ каждаго вшиванія новой нитки отъ нѣсколькихъ дней до 3—4—5 мѣсяцевъ, послѣ чего обнаруживалась наклонность къ съуженію, и тогда опять необходимо было новое раздраженіе—

---

[1]) Лауденбахъ. Сосудодвигательная система стр. 28.

[2]) Virchow's Archiv Bd. 92, 1883.

вшиваніе новой или передвиганіе старой нити, чтобы получить новый результатъ.

На вскрытіи авторъ могъ замѣтить наибольшее измѣненіе сосудовъ въ мѣстахъ, наиболѣе удаленныхъ т. е. въ стопѣ; первыя фазы этихъ измѣненій состояли въ расширеніи и наполненіи сосудовъ всѣхъ тканей; въ стѣнкѣ сосудистой та же фаза измѣненій подобно измѣненіямъ другихъ тканей, другихъ органовъ,—точно такъже состояла въ расширеніи и гипереміи тѣхъ сосудовъ, которые въ ней протекаютъ; а такъ какъ эти сосуды—vasa vasorum—заложены главнымъ образомъ только въ adventitia, то первая стадія измѣненій стѣнки выражалась лишь въ измѣненномъ состояніи adventitiae,—большемъ или меньшемъ ея кровенаполненіи.

Въ стадіяхъ дальнѣйшихъ: количество сосудистыхъ петель въ adventitia становилось больше; и съ увеличеніемъ числа ихъ, увеличивался и районъ ихъ распространенія:—питающіе сосуды проникали въ tunicam mediam, раздвигая при этомъ ея мышечныя волокна, а съ другой стороны—такіе же новообразованные сосуды вростали и въ окружающую сосуды ткань[1]); всюду по ходу новообразованныхъ капилляровъ, какъ въ стѣнкѣ сосуда, такъ и внѣ ея, появлялись эмбріональные элементы, которые какъ сами, такъ и развивающаяся изъ нихъ соединительная ткань, начинали угнетать и весть къ гибели благородныя единицы сосудистой стѣнки. Очень интересно, что это размноженіе капилляровъ, съ прорастаніемъ зародышевыхъ клѣтокъ близь нихъ, распространяется, однако, не сплошь всюду равномѣрно по стѣнкѣ сосудовъ конечности, которой главный нервъ подвергается раздраженію, но 1) главнымъ образомъ, на конечныхъ участкахъ даннаго органа, 2) на сосудахъ болѣе мелкаго калибра, 3) не по всему теченію сосуда, не диффузно, но лишь изолированными гнѣздами.

Въ то время какъ въ adventitia и media происходятъ описываемые процессы;—клѣтки intimae[1]) тоже принимаютъ участіе въ общемъ страданіи стѣнки и притомъ двояко: или по продолженію,—по мѣрѣ приближенія соединительнотканнаго проростанія къ границамъ intimae, послѣдняя тоже начинаетъ перерождаться, утолщается, наполняется новообразованными клѣточными единицами и постепенно сливается съ adventitia; или-же intima начинаетъ измѣняться, независимо отъ измѣненій въ другихъ оболочкахъ сосуда, но непосредственнымъ вліяніемъ только нервовъ,—повышеніемъ чувствительности ея ко всякимъ внѣшнимъ и внутреннимъ вредностямъ въ области, орошаемой даннымъ сосудомъ.—За это у автора имѣются косвенныя доказательства, а именно: тѣ ча-

---

[1]) Centr. für medic. Wissenchaft. 1883.

[2]) Virchow's Archiv. 1883. Bd. 92.

стыя воспалительныя явленія, которыя такъ легко разыгриваются не только послѣ всякихъ внѣшнихъ механическихъ вредностей, наносимыхъ подверженной опыту конечности, но и при отсутствіи таковыхъ, не могутъ не имѣть себѣ объясненія въ повышенной чувствительности стѣнки, для которой можетъ быть даже обыкновенный ударъ, растяженіе пульсовой волной—сталъ извнутриранящимъ дѣятелемъ, способствующимъ возникновенію воспаленій.

Какъ конечный результатъ такимъ образомъ поставленныхъ опытовъ авторъ находилъ всегда: 1) *Общее утолщеніе сосудистой стѣнки, притомъ* не сплошное по длинѣ всего сосуда, но лишь *мѣстное*; (такъ что получались веретенообразныя фигуры, при обозрѣніи сосуда снаружи); во 2) въ то время какъ на большихъ сосудахъ ничего не было замѣтно, *на сосудахъ мелкаго калибра* замѣчалось съуженіе просвѣта; 3) сосуды контрольной конечности оставались безъ измѣненія.

F.

Изъ предшествовавшихъ данной работѣ свѣдѣній видно, что заболѣваніе нерва вызываетъ заболѣваніе сосуда; случаи собственнаго наблюденія подтверждаютъ прежнія наблюденія.

Итакъ, на основаніи тѣхъ краткихъ, разбросанныхъ въ литературѣ свѣдѣній, высказанныхъ или приведенныхъ по различнымъ поводамъ, въ большинствѣ случаевъ спеціально съ нашимъ вопросомъ мало общаго имѣющимъ,—выходитъ, что:

1) Условія для воздѣйствія заболѣвшихъ нервовъ на сосудистую стѣнку—отдѣльныя клѣточныя единицы ея— предсуществуютъ ввидѣ тѣхъ приспособленій, которыми нервы такъ или иначе дѣйствуютъ и при физіологическомъ ихъ состояніи: а) ввидѣ тѣхъ нервныхъ волоконъ, которыя оканчиваются на стѣнкѣ капилляра почками, или только прилежа къ ней, или же—входя внутрь клѣтки эндотелія, чтобы окончиться въ непосредственной близи ядра клѣтки;—которыя образуютъ густое,—тройное—сплетеніе около сосудовъ и малаго и средняго калибра, причемъ наиболѣе глубокій слой этого сплетенія залегаетъ между отдѣльными гладко-мышечными волокнами и даже проникаетъ внутрь ихъ, по нѣкоторымъ авторамъ; b) ввидѣ vasa vasorum, подвозъ

питательныхъ продуктовъ по которымъ можетъ измѣниться при новыхъ условіяхъ жизнедѣятельности нервовъ.

2) Условія для одновременнаго или подчиненнаго страданія сосудовъ при заболѣваніяхъ периферическихъ нервовъ лежатъ въ расположеніи нервныхъ вѣтвей, завѣдывающихъ сосудами:—сосудосъуживатели и сосудорасширители текутъ вмѣстѣ съ моторными и чувствительными вѣтвями, соединенные въ одни стволы.

3) При заболѣваніи периферическихъ нервовъ въ формѣ невралгіи или неврита, раненіи и т. д. наблюдаются явленія участія въ страданіи также и сосудовъ; это сказывается явленіями блѣдности, синюхи, холода или жара конечностей, отека ихъ и т. д.

4) При тѣхъ же самыхъ формахъ страданія периферическаго нерва, (но, можетъ быть, болѣе интенсивныхъ?) происходятъ возможныя измѣненія стѣнки сосуда, хотя до сихъ поръ и не доступныя микроскопу, которыя заканчиваются или приводятъ къ вѣроятному разрыву стѣнки и подкожному кровоизліянію вслѣдствіе этого.

5) При тѣхъ же формахъ страданія нерва, но отличающихся, вѣроятно, длительностью наступаютъ болѣе сложныя измѣненія стѣнки сосуда, доступныя наблюденію не только подъ микроскопомъ, но и простому невооруженному глазу;—возникаютъ утолщенія сосудистой стѣнки, то съуженіе, то расширеніе просвѣта, то, наконецъ, даже полная облитерація его.

6) При перенесеніи занимающаго насъ вопроса на почву опыта, гдѣ цѣлымъ рядомъ авторовъ периферическій нервъ или перерѣзывался, или неперерѣзанный раздражался различными механическими и химическими дѣятелями, выяснено: a) что заболѣваніе нервовъ при этихъ опытахъ безспорно,—въ формѣ близкой невриту, (ввидѣ валлеровскаго перерожденія); b) страданіе же сосудовъ (неизбѣжно) начинается расширеніемъ ихъ русла, можетъ осложниться кровоизліяніями, сопровождается гипереміей, какъ большихъ сосудовъ, такъ и капилляровъ вообще, въ томъ числѣ и vasa-vasorum въ адвентиціи; c) страданіе выражается главнымъ образомъ на сосудахъ меньшаго калибра и въ удаленныхъ частяхъ конечности; d) вслѣдъ за гипереміей vasa-vasorum начинается размноженіе и проростаніе ихъ въ muscularis и въ окологососудистую ткань, а въ тоже время прорастаніе соединительно тканныхъ клѣтокъ вблизи vasa-vasorum и клѣтокъ эндотелія и соединительной ткани въ глубокихъ слояхъ intimae.—Въ результатѣ же черезъ нѣкоторое время различное, повидимому, зависимо отъ рода животнаго и органа, избраннаго для эксперимента, получается—*утолщеніе сосудистой стѣнки* то диффузное, то островчатое, то *съуженіе, то расширеніе просвѣта*—въ общемъ *перерожденіе характера эндоартерита.*

Случаи собственнаго наблюденія

изъ клиники профессора **Ивана Алексѣевича Сикорскаго.**

Случай I.

Вольно-практикующій фельдшеръ изъ Фастова, еврей Т. *жалуется* на боли въ плечѣ, предплечіи, особенно же въ кистяхъ и пальцахъ правой руки, появляющіяся приступами нѣсколько разъ въ день. Боли эти соединены съ ощущеніемъ жара въ кисти и пальцахъ, появленіемъ пота и измѣненіемъ цвѣта кожи на пальцахъ же и кисти. Кромѣ болей, которыя составляютъ главную жалобу, больной отмѣчаетъ еще и слабость всей правой-верхней конечности, и увеличеніе въ объемѣ кисти этой стороны, по сравненію съ здоровой стороной.

Изъ *анамнестическихъ* свѣдѣній видно, что паціентъ страдаетъ этимъ уже около двухъ лѣтъ, что, повидимому, одна изъ ближайшихъ причинъ была простуда.

При *объективномъ* изслѣдованіи оказывается нѣкоторое утолщеніе кисти по сравненію со здоровой стороной,—предплечіе же и плечо въ этомъ отношеніи отъ нормы не отступаютъ—равны другой конечности; цвѣтъ больной кисти умѣренно-ціанотическій, тѣмъ болѣе выраженный, чѣмъ ближе къ концамъ пальцевъ. На ощупь кожа влажнѣе и гораздо теплѣе, чѣмъ противоположной стороны. Надавливаніе пальцемъ въ области тыла кисти вызываетъ очень незначительное углубленіе. Пульсъ въ a.a.—radialis и ulnaris обѣихъ сторонъ одинаковъ. Сила мышцъ, двигающихъ кисть и пальцы, особенно разгибателей,—понижена. Чувствительность тактильная и температурная слегка понижены по сравненію съ другой конечностью. Другіе виды чувствительности (болевое, мышечное и чувство мѣста) безъ измѣненія. Фарадическая и гальваническая реакціи безъ измѣненія. Периферическіе нервы только на этой больной конечности болѣзнены при давленіи въ мѣстахъ выхода ихъ изъ мышечныхъ и другихъ отверстій, особенно въ надключичномъ пунктѣ Эрба, но такъ же и по ходу ихъ вообще.

Діагнозъ (амбулаторный случай) на основаніи этихъ объективныхъ данныхъ и субъективныхъ жалобъ, при отсутствіи какихъ-либо указаній на страданіе спинного или головного мозга—былъ поставленъ—эритромелалгія ца почвѣ быть можетъ невралгіи [1]) нервныхъ стволовъ данной конечности. Появленіе красноты, ощущеніе жара и отекъ—(кисти и пальцевъ)—конечныхъ участковъ больной руки происходятъ путемъ

[1]) Benda—Levin (Berliner klinische Wochenschrift 1894), въ числѣ причинъ эритромелалгіи отмѣчаютъ невралгію нѣкоторыхъ периферическихъ нервовъ.

мѣстныхъ гиперемій, а эти послѣднія зависятъ—совпадаютъ, какъ видно изъ жалобъ съ приступами невралгическихъ болей въ периферическихъ стволахъ данной конечности—результатъ раздраженія тѣхъ стволовъ, которые поражены невралгіей.

Больного отпустили съ просьбой отъ времени до времени показывать себя, чтó онъ и дѣлалъ одинъ разъ приблизительно въ мѣсяцъ. Черезъ четыре мѣсяца послѣ перваго осмотра больной явился съ большими жалобами на боли, которыя замѣтно усилились. При новомъ объективномъ осмотрѣ оказались всѣ прежніе симптомы, чтó и прежде; прибавилось лишь одно новое явленіе:—по внутреннему краю ладони больной конечности близъ ossis pisiforme и у основанія мизинца имѣлись темносиняго цвѣта, просвѣчивающія сквозь кожу, напряженныя, при дотрогиваніи болѣзненныя—припухлости, слегка выступающія надъ общимъ уровнемъ данной мѣстности. Величина этихъ припухлостей отъ отъ 10 к. до 20 к. монеты. По краямъ темносиній цвѣтъ переходитъ постепенно въ смѣсь радужныхъ оттѣнковъ. Не было никакого сомнѣнія, что имѣется подкожное кровоизліяніе.

Случай этотъ демонстрированъ былъ профессоромъ Ив. А. Сикорскимъ въ Кіевскомъ Обществѣ врачей—въ одномъ изъ декабрскихъ засѣданій его 1895 г.

Приводимая здѣсь его исторія болѣзни имѣетъ ввиду отмѣтить тѣ начальныя фазы страданія, изъ которыхъ можетъ развиться въ дальнѣйшемъ нѣчто болѣе серьезное; можетъ быть, имѣющіяся страданія периферическихъ нервовъ въ дальнѣйшемъ обнаружатся пониженіемъ ихъ электрической реакціи, чтó до сихъ поръ еще не наступило; еще позже могутъ къ появившимся уже подкожнымъ кровоизліяніямъ присоединиться другія явленія, ввидѣ трофическихъ разстройствъ, можетъ быть, даже ввидѣ гангрены участковъ пальцевъ и т. д. и при объективномъ изслѣдованіи—тогда—окажется, можетъ быть, перерожденіе сосудовъ.

Эту начальную фазу,—приводимую здѣсь,—очень трудно бываетъ иногда, какъ показалъ личный опытъ, возстановить на основаніи анамнестическихъ свѣдѣній. Точно также она можетъ быть упущена и при объективномъ изслѣдованіи въ ранней стадіи болѣзни.

Случай II.

Сергѣй Никифоровичъ Куд—цкій, 30 лѣтъ, штурманъ морской службы, служащій помощникомъ капитана въ «Обществѣ пароходства

по Днѣпру» проснулся,—ночью, во время плаванія по Днѣпру, 20 октября 1892 года,—отъ внезапнаго, сильнаго сотрясенія всего парохода, ударившагося каютой, въ которой онъ спалъ о шедшую на встрѣчу берлину. Ударъ былъ настолько силенъ, что деревянная часть судна, принявшая ударъ,—разсыпалась, полъ разломался въ мелкія щепы и помощникъ капитана попалъ между двухъ двигавшихся другъ мимо друга бортовъ (берлины и парохода); прижатый къ пароходу спиной, онъ встрѣтилъ берлину ногами, которая, надавливая на заднія поверхности бедра и ягодицъ, главнымъ образомъ правой половины, произвела ему максимальное сгибаніе въ правомъ тазобедренномъ суставѣ при выпрямленной ногѣ, (что̀ равняется максимальному растяженію сѣдалищнаго нерва той же ноги,) и произвела тупой ушибъ правой ягодицы, (что̀ могло отразиться точно также и на стволѣ сѣдалищнаго нерва по выходѣ его изъ большого таза). Пойманный въ водѣ, куда онъ упалъ, лишь только борты суденъ достаточно отдѣлились другъ отъ друга, помощникъ капитана былъ доставленъ въ Александровскую больницу въ безсознательномъ состояніи, пришелъ въ сознаніе только на слѣдующій день и

Жаловался на невозможность двигать правой ногой, сильныя боли въ ней, начиная съ ягодицы и задней поверхности бедра, всей голени и къ стопѣ, ощущеніе онѣмѣлости въ ней, чувство жара и ползанія мурашекъ въ стопѣ; моча отдѣлялася слегка окрашенная кровью, но свободно.

Status praesens—черезъ 10—15 дней по поступленіи. Больной слабаго тѣлосложенія; слизистыя оболочки блѣдны; цвѣтъ наружныхъ покрововъ отъ нормы не отступаетъ, кромѣ всей *правой стопы, принявшей красно-фіолетовую окраску*, болѣе интенсивную на концахъ ея и пальцахъ; *температура* этихъ мѣстъ съ измѣненнымъ цвѣтомъ кожи на ощупь рѣзко *повышена*; *пульсъ* въ артеріяхъ tibialis antica, postica и pedіea на больной стопѣ *полнѣе*, чѣмъ на здоровой. Никакихъ мѣстныхъ поврежденій, однако, ни на стопѣ, ни на всей ногѣ не замѣтно, нѣтъ ни ссадинъ, ни кровоизліяній; цѣлость костей нигдѣ не нарушена; пассивныя движенія въ суставахъ совершенно свободны. Объемъ ноги измѣненъ на глазъ по сравненію съ другой ногой: *правая ягодица уплощена,* правое бедро, берцовый участокъ правой ноги тоньше лѣвой; *правая же стопа напротивъ толще* лѣвой, точно также и пальцы правой стопы толще лѣвыхъ; давленіе пальцемъ на стопѣ вызываетъ незначительное углубленіе. (Паціентъ, опрошенный, не было ли у него ранѣе измѣненія въ цвѣтѣ стопъ правой и лѣвой, ихъ температуры, ихъ объема и объема ягодицъ бедра и берца обѣихъ нижнихъ конечностей, а также въ силѣ ихъ, отвѣчаетъ, что до крушенія обѣ ноги *были совершенно здоровы и вполнѣ симметричны*). Произвольныя движенія

пальцами вообще правой ноги еле замѣтны; движенія стопы вверхъ и внизъ, вправо и влѣво очень ничтожны; сгибаніе въ колѣнѣ возможно, но сила сопротивленія этихъ мышцъ очень ограничена; сгибаніе бедра въ тазобедренномъ суставѣ безъ отклоненій отъ нормы, и сила сопротивленія его равна лѣвой половинѣ; приведеніе бедра нормально по силѣ; ротированіе бедра наружу и сила разгибанія resp. опусканія бедра рѣзко понижены; произвольныя движенія всѣхъ остальныхъ мышечныхъ группъ тѣла не измѣнены; тонусъ остальныхъ мышечныхъ группъ, кромѣ отмѣченныхъ съ пониженной силой правой ноги, не измѣненъ; указанныя же мышцы правой ноги вялы; ригидности какъ и во всѣхъ другихъ конечностяхъ, особенно же въ правой нижней конечности, не наблюдается; мышцы правой нижней конечности болѣзненны при давленіи,—остальныхъ же мѣстъ не уклоняются отъ нормы. Всѣ виды чувствительности правой нижней конечности по всей задней и отчасти наружной поверхности ягодицы и бедра,—всей стопы и берца, кромѣ внутренней его поверхности—рѣзко понижены; на остальномъ же тѣлѣ не измѣнены; рефлексы кожные есть, сухожильные слегка повышены, кромѣ правой нижней конечности, гдѣ рефлексъ съ ахилловаго сухожилія и щекотанія стопы очень вялы. Сфинктеры пузыря и прямой кишки безъ измѣненій;—эрекція бываетъ. Зрачки средней величины, равны и реагируютъ на свѣтъ, аккомодацію, конвергенцію и закрываніе другого глаза нормально.—Нервные стволы—Ichiadicus, peroneus, tibialis правой стороны очень болѣзненны при давленіи. Моча не содержитъ ни бѣлку, ни сахару. Реакція нервномышечнаго аппарата нигдѣ не отступаетъ отъ нормы, кромѣ нижней правой конечности, гдѣ N. ichiadicus вовсе не реагируетъ на фарадическій токъ, а его вѣтви N. N. peroneus и tibialis представляютъ сильное пониженіе фарадической возбудимости и реакцію перерожденія гальваническаго тока; мышцы берца и стопы представляютъ извращенную реакцію гальваническаго тока и отсутствіе resp. пониженіе фарадической возбудимости.

Анамнезъ: со стороны наслѣдственности ничего нельзя отмѣтить. Въ дѣтствѣ была у паціента корь, немного позже тифъ, въ юношескихъ годахъ была honorrhea и ulcus molle; отрицаетъ lues. Нѣкоторое время больной пилъ, служа на морскихъ пароходахъ дальняго плаванія, но уже восемь лѣтъ, какъ почти ничего не пьетъ.

Діагнозъ даннаго страданія—травматическій невритъ сѣдалищнаго нерва;—*терапія* гальваническія ванны и покой.

Теченіе. Черезъ мѣсяцъ послѣ этого—реакціи гальваническая и фарадическая нервномышечнаго аппарата остаются еще рѣзко пониженными; реакціи извращенія гальваническаго тока нѣтъ. Парестезіи и боли въ правой

конечности продолжаются; подвижность ноги еще безъ измѣненій по сравненіи съ описаннымъ status.

Черезъ три мѣсяца послѣ этого: на подошвенной сторонѣ правой стопы подъ пальцами имѣется нѣкоторая подкожная напряженная опухоль, проминирующая надъ окружающими частями, очень болѣзненная на ощупь, окрашенная въ темносинефіолетовый цвѣтъ съ нѣкоторой желтизной по краямъ вздутія; по словамъ паціента, никакимъ ушибамъ, никакимъ случайностямъ вообще данная часть стопы не подвергалась; указанная же опухоль образовалась въ теченіе двухъ дней и одной ночи, сопровождаясь сильными болями вѣроятно, въ тоже время и на кончикахъ пальцевой мякоти возникли,—везикулы, величиной въ горошину, наполненныя красной жидкостью. Во время осмотра уже этихъ пузырьковъ не видно; но остались потомъ лопнувшіе, засохшіе темные слѣды отъ нихъ, а въ томъ мѣстѣ, гдѣ кожа отдѣлилась,—нѣкоторая потеря наружнаго покрова и влажное углубленное дно.

Сдѣлано предположеніе, что имѣется глубокое подкожное кровоизліяніе на уровнѣ сочлененія metatarsophalangeae II, III и IV пальцевъ стопы.

При изслѣдованіи *черезъ* $6 \frac{1}{2}$ *мѣсяцевъ* отъ полученія ушиба въ ягодицу—status praesens — правая нога въ общемъ имѣетъ меньшіе размѣры:

Лѣвая нижняя конечность на высотѣ:		Правая нижняя конечность.
сочлененія Лисфранка —	22,5 снт.	21 снт.
3 пальца ниже tuberositas tibiae	33 снт.	31 снт.
по ягодичной складкѣ . .	53 снт.	52 снт.
обхватъ черезъ crista ossis inominati къ perineum .	73 снт.	71 снт.

Цвѣтъ кожи отъ нормы не отступаетъ, кромѣ правой стопы и ея пальцевъ—мраморно-синихъ, и притомъ тѣмъ интенсивнѣе, чѣмъ ближе къ концу ихъ;—на мякоти трехъ среднихъ пальцевъ видны легкіе синеватые рубцы—слѣды прежнихъ везикулъ; отека подкожной клѣтчатки нѣтъ, но замѣченныя раньше узловатыя болѣзненныя вздутія подъ пальцевой складкой II, III, IV пальцевъ, діагностированныя при осмотрѣ 3 мѣсяца тому назадъ, опредѣляются еще и теперь по желтофіолетовому окрашиванію кожи тѣхъ мѣстъ, болѣзненности при ощупываніи и нѣкоторому выстоянію надъ прилежащими частями. Тонусъ мышцъ правой ноги рѣзко пониженъ по сравненію съ таковымъ-же лѣвой. Пульсъ въ артеріяхъ бедренной и подколѣнной прощупывается одинаково на обѣихъ сторонахъ; объ консистенціи стѣнки подколѣнной ничего нельзя сказать, бедренная-же позволяетъ себя ощупать и повидимому совершенно равна лѣвой.—Температура на ощупь бедра и ягодицы тоже не позволяетъ

замѣтить разницы между обѣими ногами, температура же берцовой части конечности съ правой больной стороны ниже, чѣмъ слѣва, хотя не такъ низка, какъ стопы той-же стороны. *Пульсъ въ a. a. tibiali antica et postica и pediea,* хотя и прощупывается, но *очень слабо* по сравненію съ здоровой стороной. *Стѣнки этихъ* артерій *на ощупь тверды*, и рѣзко извиты и утолщены; *весь сосудистый пучекъ* кажется гораздо *большимъ* и въ области a. pedieae и подъ внутренней ладыжкой.

Произвольная подвижность всѣхъ мышечныхъ группъ правой конечности возстановилась, хотя сила проявляемая ими очень понижена по сравненію съ лѣвой; чувствительность правой нижней конечности почти не отличается отъ таковой-же лѣвой; рефлексы кожные и сухожильные нижнихъ конечностей—безъ измѣненій.

Реакція фарадическая.

	Справа.	Слѣва.
N. peroneus	9 снт.	9 снт.
musculus tibialis anticus . .	8 снт.	9 снт.

Гальваническая.

N. peroneus	3 milliamper.	2 milliamper.
musculus extensor digitorum commun. long.	7 milliamper.	4 milliamper.
m. extens. digit. commun. brevis	5 milliamper.	3 milliamper.

Извращенія реакціи нѣтъ.

Больной жалуется на нѣкоторую слабость правой нижней конечности, парестезіи въ ней, ощущеніе какого-то напряженія въ подпальцевой складкѣ, (гдѣ кровоизліяніе,) и постоянный холодъ въ стопѣ.

Заключеніе: Nevritis traumatica почти прошелъ, оставивъ послѣ себя слѣды въ видѣ перерожденія сосудистой стѣнки съ съуженіемъ просвѣта сосуда и кровоизліяніемъ въ толщу подкожной жировой клѣтчатки.

Случай III.

Таранъ Мейеръ-Вольфъ, 51 года, *жалуется* на слабость въ правой ногѣ особенно стопѣ и икрѣ, постоянныя боли тамъ, ощущеніе ползанія мурашекъ и ощущеніе холода въ стопѣ, опуханіе ея; считаетъ себя больнымъ—ногой уже 2 года; въ теченіи послѣдняго года на пяткѣ образовалась язва.

Status praesens: ростъ выше средняго, тѣлосложенія хорошаго, цвѣтъ кожныхъ покрововъ отъ нормы не отступаетъ, кромѣ правой

нижней конечности, гдѣ *стопа* и нижняя часть берца *ціанотической-мраморной окраски*, тѣмъ интенсивнѣе выраженной, чѣмъ ближе къ конечнымъ частямъ ноги. На этомъ общемъ фіолетовомъ фонѣ видны болѣе интенсивныя темно-красно-фіолетовыя пятна по тылу стопы, начиная отъ голеностопнаго сустава впередъ и внизъ до линіи, соединяющей головки плюсневыхъ костей;—пятна эти,—величиной отъ серебряннаго гривеника до двадцати копѣечной монеты,—своимъ цвѣтомъ, представляющимъ переходъ оттѣнковъ отъ желтого до темносиняго, нѣкоторымъ возвышеніемъ надъ окружающимъ уровнемъ, своей напряженностью, ощущаемой при ощупываніи, и болѣзненностью—болѣе или менѣе рельефно выдѣляются на общемъ фонѣ и позволяютъ безошибочно считать ихъ *подкожными кровоизліяніями*. На тылѣ той-же стопы выступаютъ цѣлый рядъ—сплетеніе—*подкожныхъ венъ* сильно *извитыхъ, расширенныхъ* и на ощупь *очень плотныхъ*. Стопа другой конечности не представляетъ ничего подобнаго. На подошвенной сторонѣ въ области ossis calcanei имѣется *воронкообразно углубленная язва*, ограниченная твердымъ высокимъ валикомъ эпидермиса, съ бахромчатыми ворсистыми очень блѣдными стѣнками, глубиной до $1-1^1/_2$ сантиметра, діаметромъ въ 2 сантиметра, выполненная грязной сукровицей; зондированіе ея, съ цѣлью отыскать уходящій вверхъ въ кость или въ стороны свищъ, не открываетъ таковаго; прикосновеніе зондомъ къ стѣнкѣ язвы позволяетъ думать, что окружающая ткань вяла, незначительно инфильтрирована, не затвержена; само прикосновеніе паціенту не болѣзненно.

Края язвы, твердые на ощупь близъ самой язвы, теряютъ постепенно эту твердость, уходя отъ язвы, такъ что уже $1-1^1/_2$ сантиметра отъ края—ткань кожи и подкожной клѣтчатки—ни цвѣтомъ, ни на ощупь не разнятся отъ прилежащихъ, въ общемъ болѣе или менѣе нормальныхъ по плотности мѣстъ; контуръ костей talus, calcaneus и сочленовнаго конца tibiae безъ измѣненія,—самый суставъ не увеличенъ въ объемѣ; кожа, лежащая на этихъ мѣстахъ, а также на боковыхъ сторонахъ задняго отдѣла стопы, повидимому, неизмѣнена, на ощупь—не отечна, не отличается цвѣтомъ отъ рядомъ лежащихъ мѣстъ. *Думать о какомъ либо процессѣ, подымающемся въ подкожной клѣтчаткѣ или periosteum отъ язвы,* лежащей на подошвѣ *къ мѣсту прохожденія a. pedieae на тылъ стопы нѣтъ никакой возможности.*

Жировая клѣтчатка на всемъ тѣлѣ мало развита, отека нѣтъ, кромѣ правой стопы къ переди отъ сочлененія Chopart'а гдѣ, давленіе пальцемъ оставляетъ по себѣ нѣкоторое углубленіе. Лимфатическія железы въ правомъ паху прощупываются твердыми и увеличенными въ объемѣ; лимфатическія железы въ другихъ мѣстахъ не прощупываются.

Вся правая нижняя конечность уменьшена въ объемѣ,—отчетливо

уплощеніе правой ягодицы, напротивъ замѣтное *увеличеніе объема правой стопы* по сравненію съ лѣвой.

	Правая нижняя конечность.	Лѣвая нижняя конечность.
обхватъ черезъ crista ossis innominati et perineum .	69 снт.	77 снт.
на высотѣ ягодичной складки	47 снт.	50 снт.
колѣна	38 снт.	38 снт.
четыре поперечныхъ пальца ниже tuberositas tibiae .	31 снт.	33 снт.
на высотѣ сочлененія Chopart'a	27 снт.	25 снт.

Тонусъ мышечной системы отъ нормы не отступаетъ, кромѣ мышцъ правой нижней конечности, инервируемыхъ сѣдалищнымъ нервомъ, которыя на ощупь вялы; никакой ригидности конечностей; суставы совершенно свободны.

Произвольныя движенія отъ нормы не отступаютъ, кромѣ движеній, управляемыхъ правымъ сѣдалищнымъ нервомъ, мышцы котораго представляютъ большую слабость, а мелкія мышцы стопы и мышцы, сгибающія и разгибающія ножные пальцы, почти полную неподвижность.

Чувствительность на наружномъ краѣ стопы до линіи, идущей между IV и III пальцами по тыльной поверхности, а по подошвенной—отъ наружнаго края до линіи, проходящей между II и III пальцами къ внутренней ладыжкѣ и вся икроножная область представляютъ глубокую полную анестезію—видовъ чувствительности—тактильнаго, температурнаго, мышечнаго, болевого и чувства мѣста. Мѣста, прилегающія къ анестезированному поясу, —представляютъ постепенный переходъ къ нормальной чувствительности, хотя все таки въ области развѣтвленія N. Ichiadici правой стороны чувствительность понижена вообще по всему его ходу въ сравненіи съ лѣвой стороной. *Рефлексы кожные съ правой стороны со стопы отсутствуютъ*; всѣ же остальные—стопы лѣвой стороны,—на cremaster, брюшные, глоточный—хорошо выражены. *Сухожильный рефлексъ съ ахилловаго сухожилія справа отсутствуетъ,* слѣва-же есть. Пателлярные—и сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей хорошо выражены; функція пузыря, прямой кишки и полового аппарата безъ отклоненій. Всѣ виды рефлексовъ со стороны зрачковъ безъ измѣненій. *Температура правой стопы на ощупь рѣзко ниже лѣвой.* Температура берца и бедра тоже отступаютъ отъ таковой лѣвой стороны, но теплѣе стопы.

Пульсъ въ a. a. femorales и popliteae и radiales—полный, хорошаго наполненія, стѣнка не ригидна; a. brachiales не даютъ впечатлѣнія пружины въ локтевомъ сгибѣ; a. a. temporales не извиты. Точно такія-же данныя пульсовой волны замѣтны и въ a. a. pediea, tibialis antica

et postica лѣвой стороны. На правой же сторонѣ—*a. pedıea dextra* утолщена, *тверда*, *ригидна*, *извита*;—возможно ее прощупать *въ видѣ твердаго шнурка*; *пульсовой-же волны вовсе не прощупывается* на всемъ протяженіи ея;—въ a. tibialis antica въ самомъ нижнемъ ея отдѣлѣ, доступномъ пальпаціи тѣ же явленія—утолщеніе ея стволика по сравненію съ лѣвой стороной,—та же ригидность—*пульсъ едва ощутимъ*; *въ a. tibialis postica надъ ладыжкой—пульсъ не ощутимъ.*

РЕАКЦІЯ ТОКОВЪ.

	Фарадическаго.			Гальваническаго.		
	Половина.		Характеръ сокращенія въ правой половинѣ.	Половина.		Характеръ сокращенія въ правой половинѣ.
	Лѣвая.	Правая.		Лѣвая.	Правая.	
N. Ichiadicus . .	10,5	5.0	Очень вялый червеобразный.	2,0	8,0	Очень вялый.
N. Tibialis . . .	11,0	6,0		1,5	6,0	
N. Peroneus . .	11,5	5,0		1,5	7,0	
N. Radialis . . .	11,0	11,0	Нормально.	1,8	1,8	Нормально.
N. Ulnaris . . .	11,5	12,0		1,5	1,5	
N. Medianus . .	12,0	11,8		1,0	1,0	
N. Obturatorius .	11,0	11,0		1,0	1,5	
N. Cruralis . .	11,0	11,0		1,5	1,5	
M. Tibialis anticus	11,5	Не реагируютъ въ правой половинѣ.		Нѣтъ уклоненій отъ нормы.	Не реагируютъ въ правой половинѣ.	На нѣкоторыхъ мышцахъ берца при большомъ количествѣ миліамперовъ (до 10), получалось очень вялое сокращеніе при замыканіи на анодѣ.
M. Flexor dig. com. long . . .	9,0					
M. Extensor digit, comp. long. .	11,0					
M. Peroneus long.	11,5					
Мелкія мышцы стопы	Нормально реагируютъ.					

Моча не содержитъ ни бѣлка, ни сахара.

Анамнезъ. Паціентъ происходитъ изъ семьи, не обремененной тяжелой нервной или душевной наслѣдственностью; подагры, гемороевъ и сифилиса въ семьѣ его родителей не отмѣчаетъ. Самъ онъ всегда былъ здоровъ, профессія его—прикащикъ по хлѣбной торговлѣ,— постоянные разъѣзды верхомъ или въ телѣгѣ во всякую погоду; прежде былъ подвальнымъ при винокурнѣ; умѣренное употребленіе напитковъ; табаку не куритъ; сифилисъ отрицаетъ; въ дѣтствѣ была оспа, другихъ заболѣваній не помнитъ; женатъ 30 лѣтъ уже;—5 дѣтей, всѣ живы.

Настоящимъ страданіемъ заболѣлъ два года тому назадъ при такихъ условіяхъ: утомленный продолжительной ходьбой въ теченіе дня по глубокому снѣгу, причемъ одѣтыя тепло ноги сильно согрѣлись, улегся спать близъ двери, выходящей въ холодныя сѣни. Проснулся паціентъ отъ ощущенія холода въ правой ягодицѣ и правой-же ногѣ и только тогда замѣтилъ, что дверь, близъ которой онъ лежалъ, оказалась пріотворенной и струя очень холоднаго воздуха дула ему на обнаженную правую нижнюю конечность и ягодицу;—(во время-же сна на узкой кровати, то, чѣмъ онъ былъ укрытъ, (тулупъ) съ него свалилось на полъ). Уже на другой день послѣ этого начались постоянныя очень острыя боли, которыя не давали ему покоя ни днемъ, ни ночью почти цѣлый годъ, постепенно теряя, однако, свою остроту подъ вліяніемъ ряда лѣчебныхъ мѣръ—ванны, мази, мушки, пьявки и т. д.

Въ теченіе всего года особенно-же въ началѣ, когда боли были особенно остры, больной испытывалъ мучительный *жаръ въ стопѣ*;—на ощупь *стопа стала рѣзко горяча* по сравненію съ лѣвой и постоянно влажна отъ пота; приняла синекрасный цвѣтъ (уже на третій день послѣ простуды) и увеличилась въ объемѣ. Паціентъ испуганный этими признаками со стороны стопы, на которую, по его мнѣнію, не могла падать струя холоднаго воздуха,—тогда же въ теченіе первой недѣли заболѣванія старался вспомнить, не ушибъ-ли онъ ее до простуды или не отморозилъ и т. д., и не нашелъ никакого вреднаго случая, который бы ему объяснилъ это. Самый суставъ голеностопный при этомъ не былъ вовсе увеличенъ въ объемѣ,—но только передняя часть стопы и пальцы; ощущеніе жара въ стопѣ смѣнилось въ концѣ перваго года болѣзни, въ чемъ больной могъ убѣдиться ощупью,—холодомъ:—*стопа стала все время зябнуть, на ощупь стала гораздо холоднѣе* лѣвой стопы; объемъ-же ея по прежнему былъ увеличенъ особенно въ передней части;—изъ новыхъ явленій на стопѣ паціентъ могъ замѣтить еще одинъ годъ тому назадъ постепенное возникновеніе расширенныхъ венъ на тылѣ стопы, а 5—6 мѣсяцевъ тому назадъ появленіе подкожныхъ всегда очень болѣзненныхъ въ первый день ихъ возникновенія—вздутій—кровоизліяній. Со стороны же всей нижней конечности вообще отмѣтилъ паціентъ

сильное исхуданіе уже въ первый мѣсяцъ болѣзни и слабость въ ней; уже въ первую недѣлю больной долженъ былъ волочить ногу, не могъ поднять къ верху носка ея, что́ очень безпокоило его при ходьбѣ; состояніе слабости въ ногѣ, по его мнѣнію, уменьшилось къ концу перваго года, но лишь очень незначательно, исхуданіе же понемногу улучшилось къ концу второго года. Годъ тому назадъ паціентъ сталъ испытывать боли въ ограниченномъ мѣстѣ пятки, безъ всякихъ причинъ: (больной очень щадилъ больную стопу); при осмотрѣ оказалось—краснота на ограниченномъ мѣстѣ, въ дальнѣйшемъ на томъ же мѣстѣ появился сухой струпъ, который и былъ вырѣзанъ мѣстнымъ врачемъ; кругомъ образовавшейся незароставшей язвы образовался постепенно очень твердый сухой валикъ изъ верхняго слоя кожи; 4 мѣсяца тому назадъ язва казалась почти залѣченной, но опять отъ неизвѣстныхъ причинъ появилось ухудшеніе, ради чего больной и просилъ принять его въ клинику.

Diagnosis: nevritis nervi Ichiadici, mal perforant du pied, перерожденіе артерій и венъ конечныхъ частей ноги, кровоизліянія подкожныя.

Лѣченіе. Гальваническія ванны въ теченіе мѣсяца вызываютъ огромное улучшеніе внѣшняго вида язвы, нѣкоторое улучшеніе чувствительности и вызвали ничтожное повышеніе силы ноги. Пульсъ же въ артеріяхъ стопы и нижней части берца, температура ноги и отмѣченныя измѣненія артерій и венъ стопы, ихъ ригидность, толщина и т. д. остались in statu quo ante.

Случай IV.

Хаимъ Лу—щукъ, 34 лѣтъ, купецъ, имѣетъ виноторговлю бессарабскими винами уже 14 лѣтъ, поступаетъ въ клинику нервныхъ болѣзней 28 января 1892 года, съ слѣдующими *жалобами*:

Общая слабость во всемъ тѣлѣ, но особенно ногъ, (больше лѣвой) очень частыя подергиванія и судорожныя стягиванія въ нихъ; боли во всѣхъ четырехъ конечностяхъ, главнымъ образомъ однако нижнихъ, больше же лѣвой половины; ощущеніе различныхъ парестезій въ этихъ же конечностяхъ: ползаніе насѣкомыхъ, приступами ощущеніе мѣстнаго жара въ теченіе нѣсколькихъ секундъ или минутъ. Уже много лѣтъ подъ рядъ, а теперь еще больше прежняго больной отмѣчаетъ появленіе по временамъ подкожныхъ червеобразныхъ или шнурообразныхъ опухолей, тянущихся вдоль конечности и достигающихъ длины иногда нѣсколькихъ вершковъ, толщиной въ гусиное перо и даже толще,

очень болѣзненныхъ въ первые часы и дни ихъ возникновенія, не только при ощупываніи ихъ, но и безъ этого.

Status praesens. Средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія; цвѣтъ кожныхъ покрововъ не отступаетъ отъ нормы, только конечныя части предплечій, голени, кистей и стопъ съ ихъ пальцами представляютъ ціанотическую окраску, тѣмъ интенсивнѣе выраженную, чѣмъ ближе къ пальцамъ. На этомъ общемъ фонѣ тамъ и сямъ видны какъ на рукахъ, такъ и на ногахъ нѣкоторыя *подкожныя вздутія, окрашеныя въ темно-красный, темно-фіолетовый цвѣтъ* съ различными оттѣнками до желтаго, вытянувшіяся въ длину часто на нѣсколько сантиметровъ и приподымающіяся надъ общимъ уровнемъ прилежащихъ мѣстъ. Эти мѣста, которыя паціентъ называетъ червями, очень болѣзненныя при ощупываніи, захваченныя въ складку кожи между большимъ и указательнымъ пальцами, даютъ ощущеніе нѣкотораго хрустѣнія подъ пальцами, имѣютъ очень неправильную, бугристую цилиндрическую поверхность и позволяютъ предположить въ этихъ патологическихъ образованіяхъ *кровоизліяніе* въ толщѣ подкожной жировой клѣтчатки. По мѣстамъ на этихъ кровоизліяніяхъ приподымается маленькій струпъ или гнойничекъ.

Кисти и стопы слегка отечны, но давящій палецъ производитъ очень ничтожное углубленіе. Ногти на пальцахъ стопъ, а также отчасти и кистей сухи, растреснулись, скручены, тонки. Ногтевая фаланга большого пальца лѣвой стопы отпала и мѣсто ея занимаетъ *язва* въ десятикопѣечную монету, съ кратерообразно углубленнымъ дномъ; стѣнки язвы бахромчаты, мало чувствительны къ прикосновенію зондомъ, влажны, содержатъ ничтожный гнойно-сукровичный покровъ.

Такого же совершенно характера вторая язва лежитъ въ межпальцевой складкѣ между IV и V пальцевъ. На вершинѣ мякоти мизинца расположена третья такой же величины и вообще внѣшности язва. На мякоти II, III и IV пальцевъ правой стопы имѣются вздутія эпителіальнаго слоя, содержащія красновато-водянистое содержимое; нѣкоторыя изъ нихъ лопнули, оставивъ влажное дно.

По тылу обѣихъ стопъ, а также и кистей тянутся *извитыя, расширенныя многочисленныя вены, на ощупь болѣе плотной консистенціи*, чѣмъ въ нормѣ. Паховыя лимфатическія железы съ обѣихъ сторонъ припухши, болѣзненны; железы другихъ мѣстъ не прощупываются. Тонусъ мышцъ пониженъ, особенно на нижнихъ конечностяхъ. Суставы и большіе и малые и верхнихъ и нижнихъ конечностей совершенно свободны, при ощупываніи не болѣзненны. Костная система измѣненій не представляетъ; надкостница, доступная ощупыванію гладка, неболѣзненна, безъ измѣненій. Объемъ нижнихъ конечностей въ общемъ уменьшенъ значительно,—верхнихъ конечностей меньше; уменьшеніе равномѣрно рас-

предѣляется на всѣ мыщечныя группы; стопы-же и кисти, наоборотъ, увеличены въ сравненіи съ нормой и по заявленію самого больного—по сравненію съ прошлымъ.

	Лѣвой.	Правой.
Обхватъ нижней конечности черезъ crista ilei	80,0 снт.	78,0 снт.
4 пальца ниже tuberositas tibiae	31,5 снт.	34,0 снт.
стопы на высотѣ сочлененія Chopart . .	26,0 снт.	25,0 снт.
на высотѣ головокъ плюсневыхъ костей .	24,3 снт.	23,0 снт.
hallucis	10,25 снт.	8,75 снт.

Произвольныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ:—тыльное разгибаніе пальцевъ на лѣвой стопѣ совершенно невозможно, кромѣ большого пальца, который сохранилъ слегка возможность въ этомъ направленіи, но сила сопротивленія его (въ этомъ направленіи) крайне ничтожна. Точно также ограничена и способность стопы приподниматься кверху, поворотъ ея вправо, влѣво и сгибаніе въ колѣнѣ; приведеніе и и отведеніе бедра, сгибаніе и разгибаніе въ тазобедренномъ суставѣ немного лучше, но сила сопротивленія этихъ мышечныхъ актовъ все таки не велика. Въ общемъ, кромѣ отмѣченныхъ вполнѣ парализованныхъ мышцъ, завѣдующихъ разгибаніемъ пальцевъ ногъ, остальныя мышцы паретичны въ большей или меньшей степени. Мышцы правой нижней конечности тоже паретичны, но менѣе. Грубая сила и произвольныя движенія верхнихъ конечностей гораздо менѣе понижены. На нижнихъ конечностяхъ чувствительность тактильная и температурная понижена, особенно на лѣвой. Болевая чувствительность въ мѣстахъ, гдѣ имѣются описанныя подкожныя шнурообразныя припухлости, сохранена лучше, въ другихъ же мѣстахъ понижена; мыщечное чувство лучше сохранено, на верхнихъ конечностяхъ чувствительность вообще лучше сохранена. Рефлексы щекотанія стопы отсутствуютъ,—на cremaster очень вялы, брюшные вялы;—глоточный есть. Зрачки средней величины, реагируютъ правильно; реакція ихъ на свѣтъ, аккомодацію, конвергенцію и закрываніе другого глаза совершенно правильна.

Рефлексы сухожильные: съ ахиллоowаго сухожилія и пателлярный очень, очень вялы, съ лѣвой стороны болѣе пониженъ, чѣмъ справа. Сфинктеры пузыря и прямой кишки безъ измѣненій. Кожа нижнихъ конечностей на ощупь суха.

Температура конечностей особенно стопъ, притомъ лѣвой больше, *на ощупь очень понижена. Пульсъ* въ а. а pediea, tibialis postica, у malleolus internus, *прощупывается очень* плохо; *a pediea прощупывается ввидѣ плотнаго шнурка*, слѣва плотнѣе чѣмъ справа; пульсовая волна въ а. а. radialis и ulnaris ощутимы, но очень мало; стѣнки всѣхъ этихъ артерій

утолщены и самыя артеріи кажутся толще нормы; въ а. а. cruralis, и femoralis и poplitea пульсъ хорошо ощутимъ.

Размѣры сердца увеличены,—верхушка на сосковой линіи; второй тонъ на аортѣ акцентуированъ. Моча не содержитъ ни бѣлка, ни сахара.

Реакція нервно-мышечнаго аппарата.

Фарадическій токъ.

	Лѣвая половина.	Правая.
NN. Medianus	6,0 снт.	10,0 снт.
NN. Ulnaris	6,0 снт.	10,0 снт.
NN. Radialis	4,5 снт.	10,0 снт.
NN. Peroneus	3,0 снт.	8,0 снт.
NN. Cruralis	4,0 снт.	8,5 снт.
NN. Obturatorius	7,5 снт.	8,5 снт.

Гальваническій токъ.

	Лѣвая половина.		Правая.
N. Medianus	4,0 m. l.	реакція вялая	3,5 m. l.
N. Ulnaris	4,5 »		3,5 »
N. Peroneus	6,0 »		5,5 »
N. Cruralis	3,8 »		3,0 »
N. Ichiadicus	8,0 »		5,0 »
N. Tibialis	7,0 »		6,0 »

Мышцы голени даютъ реакцію перерожденія, мышцы предплечій этого не даютъ; мелкія мышцы стопы, особенно лѣвой, не отвѣчаютъ ни на фарадическій, ни на гальваническій токъ.

	Лѣвая сторона.	Правая.
M. m. tibialis anticus	не реагируетъ.	вяло.
M. m. extensor digitor communis longus	реакція перерожд.	тоже.

Большой интересъ возбуждали тѣ подкожныя шнурообразныя вздутія—кровоизліянія, которыя отмѣчалъ больной уже много лѣтъ подъ рядъ. Для опредѣленія возможной инфекціонной природы ихъ была взята много разъ кровь какъ изъ этихъ мѣстъ, такъ и изъ сосѣднихъ здровыхъ участковъ кожи и посѣяна на желатинѣ, бульёнѣ, агаръ-агари въ лабораторіи и подъ руководствомъ привать-доцента Ѳ. Г. Яновскаго безъ всякихъ, однако, находокъ; точно также изслѣдована была кровь непосредственно подъ микроскопомъ и ни разу не найдено было какихъ-либо микроорганизмовъ.

Съ разрѣшенія больного вырѣзанъ былъ приватъ-доцентомъ К. М. Сапѣжко между большимъ и указательнымъ пальцемъ кусокъ такого

шнурообразнаго подкожнаго образованія. Будучи разрѣзана на кусочки величиной въ спичечную головку, вырѣзанная частица была положена въ (осміеву кислоту $^{1}/_{100}$) жидкость Флемминга на сутки; промытая затѣмъ въ теченіе сутокъ въ водѣ, спиртѣ и т. д , была превращена въ тоненькіе срѣзы, годные для разсматриванія подъ микроскопомъ. Оказалось, что шнурообразное вздутіе есть ничто иное, какъ подкожное кровоизліяніе по ходу сосудисто-нервнаго пучка, раздвинувшее окружающую ткань, такъ что образовалось цилиндрическое пространство, выполненное кровяными шариками, по которому пробѣгали тамъ и сямъ новообразованные капиляры, указывавшіе начало организаціи кровяного свертка.

Наружное влагалище попавшаго въ разрѣзъ нерва не представляло особенныхъ отклоненій въ своей толщинѣ и богатствѣ ядерными единицами. Нервныя же волокна носили слѣды огромныхъ разрушеній:— *міэлиноваго влагалища вовсе не было видно, осміева кислота вовсе не окрасила таковою*, (хотя окрасила рѣзко имѣющуюся жировую ткань); осевые цилиндры трудно было увидѣть, напротивъ видны были *вретенообразныя ядра, въ обиліи наполнявшія* промежутки между пустыми Швановскими влагалищами. (См. рисунокъ 1, 2 и 4=а. таблица I).

Артеріи сосудистаго пучка оказались очень пострадавшими. Просвѣтъ (рис. 4—b.) большей изъ нихъ, попавшей въ разрѣзъ, былъ закрытъ почти на $^{3}/_{4}$ рыхлой, молодой тканью, богатой молодыми крупными звѣздчатыми и веретенообразными клѣтками, которыя сливались всюду съ tunica intima и представляли, повидимому, ея непосредственное продолженіе resp., разростаніе; membrana elastica не представляла собой непрерывнаго теченія, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ она прерывалась, въ другихъ же раздѣлялась на нѣсколько отдѣльныхъ пластинокъ; мышечная оболочка значительно утолщена, по мѣстамъ въ ней встрѣчаются за шедшія изъ наружной оболочки налитыя кровью vasa vasorum; по мѣстамъ толща ея пронизывается цугами круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ, по виду совершенно отличныхъ отъ клѣтокъ гладкомышечной мускулатуры и имѣющихъ направленіе изнаружи внутрь къ оси сосуда; наружная сосудистая оболочка значительно утолщена; сосуды, пролегающіе въ ней—vasa vasorum, кажется, увеличены въ числѣ и набиты густо красными кровяными шариками, (особенно густо нѣкоторые изъ нихъ); самый внутренній слой клѣтокъ, одѣвающій ихъ просвѣтъ и вообще клѣтки, образующія стѣнку vasa vasorum, содержатъ большія ядра и производятъ впечатлѣніе, что лежатъ тѣснѣе, чѣмъ въ нормѣ. Кругомъ vasa vasorum, такъ и вообще кругомъ капиляровъ окружающей ткани замѣтно накопленіе ядеръ, располагающихся многими слоями и дающихъ впечатлѣніе, что стѣнка этихъ капиляровъ утолщена благодаря новообразованнымъ клѣткамъ. Вся окружающая

сосудисто-нервный пучекъ ткань содержитъ очень много сосудовъ мелкихъ калибровъ, наполненныхъ (почти всѣ) густо красными кровяными шариками, а въ промежуткахъ между ними—участками—встрѣчаются расположенныя болѣе или менѣе близко другъ отъ друга клѣтки съ большими ядрами.

Вены представляютъ утолщеніе сосудистой стѣнки.

Анамнезъ: Больному 34 года; заболѣлъ 12 лѣтъ тому назадъ. Родители больного славились крѣпкимъ здоровьемъ, отецъ умеръ на 82 году, мать на 72. Двѣ сестры и братъ отличаются прочнымъ здоровьемъ. Паціентъ въ дѣтствѣ и юности былъ совершенно здоровъ, только на 6 году перенесъ корь, а на седьмомъ—холеру; на 26 году женился, имѣетъ одного ребенка въ живыхъ; двое умерли отъ какого-то лихорадочнаго заболѣванія. Сифилисъ отрицаетъ. Куритъ очень мало; съ какими-либо металлами дѣла не имѣлъ. 14 лѣтъ тому назадъ сталъ заниматься торговлей бессарабскими винами; съ этой дѣятельностью явилась необходимость подвергаться слѣдующимъ вредностямъ: 1) цѣлые дни приходилось проводить или въ сыромъ холодномъ подвалѣ или, въ силу условій своей квартиры, подвергаться вліянію сквозного вѣтра; 2) каждую осень онъ отправлялся закупать вина прямо съ виноградниковъ и почти все время этихъ разъѣздовъ проводилъ подъ дождемъ, не имѣя возможности часто перемѣнить свое бѣлье на сухое; 3) благодаря своей профессіи онъ долженъ былъ пробовать вино и быть въ атмосферѣ, куда легко могли проникать испаренія алкоголя, хотя паціентъ отмѣчаетъ, что лишняго никогда не пилъ, что только первый годъ усердно занимался дѣломъ, послѣдующіе же года съ началомъ развитія заболѣванія сталъ манкировать дѣло все больше и больше.

Уже *послѣ перваго года дѣятельности* больной почувствовалъ *общую слабость*, особенно въ ногахъ; одновременно съ этимъ его начинаютъ мучить стрѣляющія боли во всѣхъ четырехъ конечностяхъ, больше лѣвой стороны; кожа на обѣихъ стопахъ и кистяхъ стала на ощупь горячей, цвѣтомъ сине-красной, стопы и кисти припухли; вскорѣ отъ начала этихъ явленій развивается сильное исхуданіе ногъ и рукъ;—стали появляться описанныя уже подкожныя вздутія—*кровоизліянія*. *Къ концу второго года* больной долженъ былъ *слечь въ постель*: *слабость, боли стрѣляющія* и другія отмѣченныя явленія—общее похуданіе конечностей и отеканіе стопъ и кистей—усилились. Въ общемъ картина болѣзни близка той, которая нарисована въ status praesens. Длинный рядъ лѣтъ по настоящее время,—12 лѣтъ,—общее состояніе здоровья паціента остается колеблющимся—то хуже, то лучше, но полнаго возстановленія силъ и прекращеніе болей не наступало. На пятомъ году отъ начала заболѣванія возникаетъ гангренозный процессъ въ большомъ пальцѣ

лѣвой ноги, кончившійся выпаденіемъ ногтевой фаланги, послѣ чего рана зарубцевалась; 8 мѣсяцевъ тому назадъ появляются новыя гангренозныя язвы на концѣ большого пальца, изъ котораго очень скоро отдѣлился кусочекъ рарифицированной кости; такая же гангренозная язва появилась въ складкѣ мизинца и четвертаго ножного пальца и еще одна на вершинѣ V пальца. Съ этими явленіями больной поступилъ въ нервную клинику. Въ клиникѣ уже появились тѣ везикулы на концахъ пальцевъ правой стопы, которыя отмѣчены въ status praesens. Заживленіе язвъ на обѣихъ стопахъ, улучшеніе болей наступило очень скоро послѣ назначенія гальваническихъ ваннъ.

Diagnosis: Nevritis multiplex. Endoarteritis obliterans, а на почвѣ его мѣстныя гангрены.

Случай V.

Хаимъ Меклеръ 20 лѣтъ, занимается присмотромъ и продажей деревьевъ въ лѣсу, при этомъ подвергался всякимъ вредностямъ: холодъ, сырость, промачиваніе рукъ и ногъ, утомленіе и т, д.

Жалуется на слабость ногъ и рукъ, невозможность расправить мизинцы обѣихъ кистей, принявшихъ слегка согнутое положеніе,—подергиванія въ конечностяхъ. Жалуется на *боли стрѣляющія* и боли характера постояннаго въ конечностяхъ, наиболѣе въ стопахъ и кистяхъ, преимущественно днемъ и притомъ независимо отъ движеній, даже при полномъ покоѣ; при обостреніи боли эти сопровождаются судорожными стягиваніями въ конечностяхъ, особенно пальцахъ рукъ и ногъ. Боли характера постояннаго соединены съ ощущеніемъ сильнаго *жара* въ стопахъ и кистяхъ;—при подниманіи кверху рукъ и стопъ и боли и ощущеніе жара уменьшаются и даже исчезаетъ чувство жара. По временамъ, впрочемъ, и безъ подниманія руки кверху, именно лѣвой, появляется въ ней ощущеніе холода; иногда это бываетъ и съ обѣими стопами но крайне рѣдко. Жалуется на постоянное *потѣніе* кистей и стопъ проситъ обратить вниманіе на какія-то синевато-красныя подкожныя вздутія на кистяхъ и стопахъ, очень болѣзненныя при ощупываніи.

Status praesens: Средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. Цвѣтъ кожи отъ нормы не отступаетъ, кромѣ кистей и стопъ, несущихъ окраску синюхи отъ средины голени и предплечія и принимающихъ постепенно по мѣрѣ приближенія къ концамъ кистей и стопъ все болѣе и болѣе густые оттѣнки: тѣмъ интенсивнѣе ціанозъ, чѣмъ ближе къ концу пальцевъ. На этомъ ціанотическомъ фонѣ стопъ, кистей и ихъ пальцевъ, какъ тыльной, такъ и подошвенной—ладонной

поверхностей—разбросаны болѣе темныя, темно-синія или темно-красныя просвѣчивающія черезъ кожу пятна, приподнимающіяся надъ общимъ уровнемъ, нѣкоторыя же наоборотъ, запавшія ниже близь лежащихъ частей; первыя—напряженныя; вторыя—не напряженныя, не поддающіяся давленію, очень твердыя и въ противоположность первымъ кажутся сухими, покрытыми атрофированной кожей, лишенной потовыхъ железъ; первыя очень болѣзненны при давленіи, вторыя—мало чувствительны; первыя имѣютъ *видъ свѣжихъ* подкожныхъ *кровоизліяній*, при давленіи на нихъ слегка мѣняютъ свой цвѣтъ, выравниваясь, однако, лишь только давленіе прекращается; вторыя имѣютъ видъ старыхъ, уже совершенно *организованныхъ кровоизліяній*, не измѣняютъ ни въ чемъ своего вида при давленіи. На уровнѣ сочлененія metacarpo-phalangeae обѣихъ кистей, захватывая основную часть I фаланги и головку metacarpi V, расположено нѣсколько такихъ темносинихъ, сухихъ, величиной въ гривенникъ пятенъ, отнесенныхъ нами къ типу вторыхъ (старыхъ кровоизліяній); кожа надъ этими мѣстами выглядитъ особенно неподвижной, сморщенной, сокращенной—уровень ея пониженъ. На прилегающихъ другъ къ другу тыльныхъ поверхностяхъ большого и второго пальцевъ лѣвой стопы кожа представляетъ рядъ складокъ, бахромкой тянущихся отъ основанія пальца къ ногтевой фалангѣ, приподымаясь до $^1/_4$ снт. надъ сосѣднимъ уровнемъ; на ощупь складки эти тверды, цвѣтомъ грязновато-фіолетовыя; по словамъ больного, прежде здѣсь были напряженныя, красно-фіолетовыя, очень болѣзненныя вздутія (кровоизліянія подъ кожу?).

Подкожная жировая клѣтчатка, слабо развитая вообще, отекла на стопахъ и кистяхъ, объемъ которыхъ увеличенъ; но этотъ отекъ, вѣроятно, близокъ къ плотной инфильтраціи, потому что, хотя въ его существованіи можно быть увѣреннымъ, судя уже по полному прикрытію и исчезанію сухожилій разгибателей пальцевъ какъ стопы, такъ и кистей, тѣмъ не менѣе давящій палецъ производитъ лишь ничтожное углубленіе; лимфатическія железы подъ мышками, локтевыя и въ паху увеличены слегка, умѣренно болѣзненны; тонусъ мышцъ отъ нормы отступаетъ—вяловатъ; костная система не измѣнена въ общемъ; большіе суставы свободны, не болѣзненны; пассивныя движенія всюду возможны, кромѣ слегка согнутыхъ мизинцевъ, пассивныя движенія съ которыми тоже во всѣхъ направленіяхъ возможны, кромѣ разгибанія; этому же оказываетъ сопротивленіе, вѣроятно, измѣненная клѣтчатка ладонной стороны у основанія мизинцевъ обѣихъ рукъ (мѣсто сухихъ пятенъ), а можетъ быть такъ-же и укороченный листокъ fasciae palmaris, (что́ и вызываетъ сильныя боли); мышечная грубая сила понижена. *Чувствительность* тактильная, болевая, чувство мѣста и температуры *понижены* тѣмъ отчетливѣе, чѣмъ ближе къ дистальнымъ частямъ конечностей. *Перифериче-*

скiе нервы болѣзненны при давленiи. Рефлексы: щекотанiе стопы,—на cremaster и всѣ брюшные есть; глоточный и конъюнктивальный рефлексы есть. *Сухожильные рефлексы рѣзко понижены*[1]). Зрачки средней величины, равной ширины, реагируютъ на свѣтъ конвергенцiю, аккомодацiю и закрыванiе другого глаза; сфинктеры пузыря и recti безъ отклоненiй; эрекцiя безъ отклоненiй. Ногти пальцевъ грубы, скручены, сухи; кожа кистей и стопъ утолщена. Рѣзкихъ атрофiй мышечныхъ не замѣтно, кромѣ предплечiй, стопъ, кистей и голени, гдѣ имѣется уменьшенiе ихъ объема противъ нормы. Кисти и стопы на ощупь влажны, потъ выступаетъ маленькими каплями; въ другихъ мѣстахъ потѣнiя нѣтъ.

Температура стопъ и кистей выше на ощупь температуры другихъ мѣстъ тѣла; температура стопъ выше температуры кистей: плоскiй термометръ, поставленный на тылѣ стопы и ничѣмъ не прикрытый, показываетъ 26⁰ С. а одновременно съ нимъ поставленный въ plica cubitalis и въ паху и при тѣхъ же самыхъ условiяхъ содержимый показываетъ 24⁰ С. *Пульсъ* въ а. а. pediea, tibialis postica у внутренней ладыжки, radialis на articulatio carpo-radialis отчетливъ, но *артерiальная стѣнка тверда, особенно на стопѣ.* Сердце безъ измѣненiя. Ни бѣлка, ни сахара въ мочѣ нѣтъ.

Реакцiя нерво-мышечнаго аппарата

Фарадическiй токъ.

	Лѣвая нога.		Правая нога.	
N. Peroneus .	6 снт.	Сокращ. очень вяло.	8 снт.	Сокращ. очень вяло.
N. Tibialis . .	7 снт.	» » »	6 снт.	» » »
N. Cruralis . .	8 снт.	» » »	7 1/2 снт.	» » »
N. Obturatorius	9 1/2 снт.	» » »	9 снт.	» » „

N. Ichiadicus вовсе не отвѣчаетъ на фарадическiй токъ при полномъ надвиганiи катушекъ.

Гальваническiй токъ.

N. Ichiadicus вовсе не реагируетъ даже при 25 milliamper.

N. Tibialis	4,5 снт.	Сокращен. вялое.	А. З. С.>К. З. С.	5,0 снт.	Сокращен. вялое.	А. З. С.>К. З. С.
N, Peroneus	6,0 снт.			4,0 снт.		
N. Cruralis	2.0 снт.			2,5 снт.		
N. Obturatorius . . .	1,7 снт.			2,0 снт.		
N. Radialis	3,5 снт.			4.5 снт.		
N. Ulnaris	4,0 снт.			4,0 снт.		

M. Extensor digitorum communis—не отвѣчаетъ вовсе на фарадическiй токъ.

M. Peroneus longus—очень вяло съ обѣихъ сторонъ при 5 снт.

M. Extensor digitorum brevis, не отвѣчаетъ съ обѣихъ сторонъ.

[1]) Кромѣ колѣнныхъ.

M. Tibialis anticus—очень вяло при 5 снт. слѣва, при $5^1/_2$ снт. справа.

Мелкія мышцы руки и стопы вовсе не реагируютъ на фарадическій токъ.

Гальваническій токъ даетъ реакцію перерожденія: отмѣченныя мышцы или вовсе не реагируютъ на гальваническій токъ или при большихъ количествахъ его—А. З. С.>К. З. С.

Для выясненія природы странныхъ подкожныхъ вздутій, принятыхъ за кровоизлiянія, любезнымъ участіемъ приватъ-доцента Н. М. Волковича былъ вырѣзанъ участокъ кожи съ подкожной клѣтчаткой изъ внутренняго края лѣвой стопы, именно изъ мѣста, содержавшаго напряженное багрово-красное вздутіе.

Вырѣзанный кусочекъ, превращенный въ тонкіе срѣзы, представляетъ собой рядъ переходящихъ другъ въ друга маленькихъ полостей, наполненныхъ, вѣроятно, лимфатической жидкостью; полости эти лежатъ въ cutis; въ петляхъ же подкожной клѣтчатки имѣются скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ, отвѣчающихъ еще неорганизовавшемуся кровоизліянію. Поле зрѣнія содержитъ главнымъ образомъ въ cutis кусочки пигмента, остатки, можно думать, прежняго кровоизліянія; разсѣянными гнѣздами, главнымъ образомъ, около этихъ пигментныхъ зеренъ видны скопленія клѣтокъ новаго происхожденія.

Что касается *состоянія нервовъ*, то на поперечномъ сѣченіи таковаго, попавшагося въ вырѣзанномъ кусочкѣ ткани, можно отмѣтить значительное *уменьшеніе числа міэлиновыхъ волоконъ, увеличеніе соединительно-тканныхъ волоконъ, появленіе въ количествѣ ненормальномъ ядеръ* круглыхъ и веретенообразныхъ. Данный нервъ лежитъ не внутри гнѣзда кровоизліянія и не въ непосредственной близи его, но вдали и отъ организованнаго кровоизліянія и отъ свѣжаго. (См. рис. 1, 2 и 3, табл. II).

Артеріи во всемъ данномъ участкѣ представляютъ большія или меньшія измѣненія: тѣ, которыя попали въ срѣзѣ въ ихъ поперечномъ сѣченіи, представляютъ *съуженіе просвѣта*, вслѣдствіе *разростанія intimae*; къ сожалѣнію ихъ размѣръ очень не великъ, такъ что о состояніи vasa vasorum, которыхъ онѣ не имѣютъ, и объ adventitiae ничего нельзя сказать; точно также ничего нельзя сказать о tunica muscularis (м. б. развѣ нѣкоторое увеличеніе размѣровъ ея ядеръ). Рядомъ съ этого вида сосудами, другіе *сосудцы маленькіе*, по размѣрамъ близкіе капилярамъ, представляютъ нѣкоторые изъ нихъ покрайней мѣрѣ, (большинство ихъ)—*умноженіе числа ядеръ* въ своей стѣнкѣ, такъ что таковыя лежатъ въ нѣсколько рядовъ, проникая даже въ окружающую ткань, и *увеличеніе размѣровъ этихъ* ядеръ; кажется также, какъ будто бы они лежатъ тѣснѣе другъ къ другу, чѣмъ полагается и *съуживаютъ просвѣтъ*. Состояніе этихъ мел-

кихъ сосудцевъ удобнѣе всего опредѣлить терминомъ *periendoarteriolitis*.

Въ окружающей ткани есть явленія новообразованія клѣтокъ:—не только въ мѣстахъ бывшихъ кровоизліяній, но кромѣ того и близь нѣкоторыхъ сосудцевъ имѣются накопленія крупныхъ клѣтокъ.

Анамнезъ. Боленъ паціентъ настоящимъ страданіемъ 3 года; *началось страданіе слабостью* и болями во всѣхъ четырехъ конечностяхъ; слабость была настолько велика и именно въ кистяхъ и стопахъ, что паціентъ не могъ ими двигать. *Кожа* кистей, стопъ и пальцевъ съ самаго начала заболѣванія *стала сине-краснаго цвѣта*, на ощупь была горяча, постоянно потѣла. Больной сталъ страдать приступами сильнаго мучительнаго жара въ удаленныхъ частяхъ конечностей; въ дальнѣйшемъ свѣтлые промежутки становятся все меньше и ощущеніе жара и болей такъ смѣшиваются, сливаются въ одно, что больной субъективно перестаетъ жаловаться на жаръ, а только на боль; но, каждый разъ, прикладывая руку къ другимъ частямъ тѣла, напр., груди, животу, паціентъ убѣждается, что его кисти и стопы горячи, а кожа остального тѣла по сравненію холоднѣе.

Въ теченіе второго года заболѣванія возникаютъ на стопахъ и кистяхъ подкожныя, болѣзненныя, напряженныя вздутія, сине-краснаго до синяго цвѣта (кровоизліянія), которыя, появляясь остро въ теченіе сутокъ каждое, въ отдѣльности очень болѣзненны и очень напряжены; но, постепенно мѣняя свою внѣшность, изъ напряженныхъ, возвышенныхъ и сине-красныхъ, становились понемногу болѣе плоскими, а потомъ даже ниже уровня окружающихъ частей, дѣлаясь темносиними и твердыми. Больной замѣтилъ, что появленію бахромчатыхъ твердыхъ складокъ кожи на большомъ пальцѣ и сведенію мизинцевъ обѣихъ кистей предшествовало появленіе точно такихъ же большихъ красновато-синихъ припухлостей съ отмѣченнымъ дальнѣйшимъ теченіемъ—вѣроятной организаціей кровоизліянія. Страданіе описаннаго характера остается приблизительно in status quo ante; (въ общемъ однако, подъ вліяніемъ лѣчебныхъ мѣръ, подвижность и сила стали немного лучше, уменьшились и боли, хотя и теперь они дѣлаютъ его совершенно неспособнымъ къ постоянной дѣятельности, точно также слабость не позволяетъ ему болѣе продолжать свою профессію, сопряженную съ продолжительнымъ стояніемъ или хожденіемъ). Изъ прошлаго больного слѣдуетъ отмѣтить: тифъ въ дѣтствѣ; отрицаетъ сифилисъ, злоупотребленіе спиртными напитками, отравленіе какими-либо ядами, тяжелый мышечный трудъ, волненія психическія, травмы,...

Терапія. Гальваническія ванны и т. д. повысили грубую силу, уменьшили боли и чувство жара въ конечностяхъ въ теченіи $1^1/_2$ мѣсяца, послѣ чего больной ушелъ изъ клиники.

Diagnosis: Nevritis multiplex, давшій клиническую картину *эритромелальгіи* и вызвавшій *эндоартеритъ сосудовъ*,—(конечныхъ сосудовъ отдѣльныхъ конечностей). *Кровоизліянія*, возникшія, вѣроятно, вслѣдствіе разстроеннаго питанія сосудистой стѣнки, (могли вызвать, (по Конгейму общая патологія, 1878, стр. 335) воспалительное раздраженіе въ окружающихъ тканяхъ и, организуясь сами по себѣ, могли создать условія укорачиванія клѣтчатки кожи и fasciae palmaris profundae—отсюда *сведеніе обоихъ мизинцевъ*).

G.

Приведенные клиническіе случаи заболѣванія кровеносной системы обязаны первичному заболѣванію периферическихъ нервовъ.

Описанные клиническіе случаи повторяютъ всю ту картину, содержатъ всѣ тѣ явленія, которыя были приведены ниже изъ наблюденій авторовъ, какъ характеризующія патологическое вліяніе нерва на состояніе стѣнокъ сосуда. Мы видимъ здѣсь съ одной стороны *страданіе нервовъ*, съ другой стороны *заболѣваніе сосудовъ*.

За *участіе сосудовъ* въ картинѣ болѣзни говоритъ, во первыхъ:

Измѣненіе цвѣта отдаленныхъ частей конечности, нервы которой такъ или иначе оказываются пораженными: появленіе ціанотической окраски и т. д.

Увеличеніе *объема* тѣхъ же участковъ данной конечности, отекъ большей или меньшей плотности.

Повышеніе *температуры* тѣхъ же участковъ данной конечности, смѣняемое въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни пониженіемъ ея.

Объясненія этимъ явленіямъ: цвѣтъ, объемъ и теплоотдача—нужно искать въ *расширеніи* и переполненіи кровью мелкихъ сосудовъ данной конечности.

За тоже участіе сосудовъ, но уже съ нѣкоторымъ измѣненіемъ стѣнки можетъ быть разрывомъ ея отъ разстроеннаго питанія и т. д., говорятъ, во вторыхъ, подкожныя *кровоизліянія*, отмѣченныя во всѣхъ случаяхъ въ видѣ напряженныхъ, подкожныхъ, болѣзненныхъ припухлостей, отличающихся отъ окружающихъ мѣстъ своимъ особеннымъ цвѣтомъ и проч.

Въ третьихъ, за тоже говорятъ измѣненія сосудовъ, доступныя опредѣленію *пальпаціей*: измѣненная консистенція стѣнки, большая или меньшая *ригидность* и характерный пульсъ на тѣхъ конечностяхъ, нервы

которыхъ поражены; *отсутствіе пульса* или очень малый пульсъ на тѣхъ же конечностяхъ съ больными нервами, въ то время, какъ на симметричныхъ мѣстахъ здоровой конечности пульсъ остался безъ измѣненія.

Въ четвертыхъ, измѣненія сосудовъ, доступныя опредѣленію и *глазомъ*: *расширенія венъ* (въ соединеніи съ уплотненіемъ ея стѣнки—флебиты), отмѣченныя въ трехъ случаяхъ.

Въ пятыхъ: *гистологическое* изслѣдованіе, произведенное въ двухъ случаяхъ, показало измѣненіе стѣнки:—*утолщеніе* ея, *гиперемія vasa-vasorum*—въ первомъ случаѣ, *разростаніе intimae* въ обоихъ случаяхъ и *съуженіе просвѣта* сосуда вслѣдствіе этого; разростаніе клѣточныхъ единицъ въ стѣнкѣ, такъ что они проникаютъ даже въ сосѣднюю ткань около тонкаго сосудца, во второмъ случаѣ; *кровоизліяніе* въ обоихъ случаяхъ въ ткань данной области, безъ возможности опредѣлить источникъ кровоизліянія.

Пораженіе периферическихъ нервовъ въ данной картинѣ *носитъ характеръ неврита*. За это говоритъ:

Пониженіе *моторной* способности: уменьшеніе грубой силы, парезъ или даже *полный параличъ* нѣкоторыхъ мышечныхъ группъ.

Со стороны *чувствительности*: боли въ соотвѣтствующихъ частяхъ тѣла и въ тоже время разстройства чувствительности: *анестезіи* и т. д.

Пониженіе или даже полное исчезаніе *рефлексовъ*.

Различные виды *трофическихъ разстройствъ*, въ томъ числѣ: со стороны мышцъ—уменьшеніе ихъ въ объемѣ; со стороны покрововъ—язвы, фликтены и т. д.

Пониженіе и даже *отсутствіе фарадической* возбудимости нервовъ и мышцъ; и извращеніе, пониженіе и даже *отсутствіе гальванической* ихъ возбудимости тѣхъ же частей.

Въ двухъ случаяхъ можно было провѣрить клиническій діагнозъ *гистологическимъ* изслѣдованіемъ; при этомъ было найдено въ одномъ случаѣ гибель міэлиноваго влагалища въ нервныхъ волокнахъ, размноженіе ядеръ веретенообразныхъ и круглыхъ, пустыя швановскія влагалища; въ другомъ же случаѣ найденъ интерстиціальный процессъ въ нервѣ съ увеличеніемъ числа ядеръ и уменьшеніемъ числа міелиновыхъ волоконъ.

Но конечно, это гистологическое изслѣдованіе, коснувшееся лишь одной вѣточки, не такъ точно рисуетъ, состояніе неизслѣдованныхъ нервовъ, какъ *вся клиническая картина*, отмѣчающая явленія слабости, а также раздраженія N. N. и т. д., словомъ, заболѣваніе и въ другихъ вѣтвяхъ, не изслѣдованныхъ микроскопомъ; гистологическое из-

слѣдованіе позволяетъ лишь распространить аналогію на всѣ остальныя нервныя вѣтви.

И такъ въ нашихъ четырехъ случаяхъ съ одной стороны имѣется невритъ (или ограниченный лишь сѣдалищнымъ нервомъ, или невритъ разсѣянный, множественный) периферическихъ нервовъ; съ другой—заболѣваніе сосудовъ въ области развѣтвленія данныхъ нервовъ;—заболѣваніе, проходящее цѣлый рядъ постепенныхъ измѣненій и заканчивающееся явленіями эндоартерита (въ двухъ случаяхъ по крайней мѣрѣ) съ явленіями съуженія просвѣта, облитераціей его и т. д.

Заболѣваніе сосудовъ—въ картинѣ болѣзни, гдѣ существуетъ уже невритъ, какъ главное, можетъ или имѣть причинную зависимость въ существующемъ страданіи нервовъ или же, имѣя свою особенную причину, ничего общаго не имѣющую съ нервами, представляетъ лишь случайное совпаденіе.

Этіологія сосудистыхъ страданій трудами многихъ авторовъ изучена и подведена подъ опредѣленныя рубрики. Сюда относятся *вліянія общія* вредныя какого-либо діатеза (ревматизмъ, артритъ, подагра и др.), вліянія токсическія (алкоголь, свинецъ, табакъ, спорынья, нѣкоторыя вещества питательныя, сюда же нужно отнести переутомленіе тѣлесное или душевное), вліянія инфекціонныя (тифъ, корь, скарлатина, febris intermitteus, phtisis, инфлюенца, сифилисъ), вліянія наслѣдственныя и т. д. Кромѣ того, существуетъ цѣлый рядъ *мѣстныхъ* часто случайныхъ *причинъ*—травмы, близь лежащіе воспалительные процессы, вліянія высокихъ или низкихъ температуръ и т. д. Къ числу такихъ мѣстныхъ этіологическихъ вліяній можно (?) причислить на основаніи экспериментальныхъ работъ и нѣкоторыхъ клиническихъ наблюденій еще и малоизвѣстное вліяніе заболѣвшихъ периферическихъ нервовъ.

Взвѣшивая значеніе приведенныхъ общихъ и возможныхъ частныхъ причинъ въ примѣненіи къ нашимъ случаямъ каждой причины въ отдѣльности, можно рѣшить вопросъ, какое изъ этихъ вліяній имѣло мѣсто въ данномъ случаѣ.

Что касается наслѣдственности, то ни у одного изъ нашихъ больныхъ, она не отмѣчена въ числѣ предрасполагающихъ моментовъ. У нѣкоторыхъ изъ описанныхъ паціентовъ родители отличались особенно хорошимъ здоровьемъ, дожили до очень глубокой старости—70—80 лѣтъ и изъ распросовъ, которые велись систематично въ этомъ направленіи нельзя было отмѣтить у родителей сифилиса, артрита, ревматизма, діабета, подагры, сердечныхъ пороковъ и т. д.

Точно также и сами больные: ни одинъ изъ нихъ не страдалъ ни ревматизмомъ, ни артритомъ, ни подагрой, ни діабетомъ и т. д.

Ни у одного изъ больныхъ нельзя было отмѣтить явленій отравленія какими-либо ядами—свинцомъ, спорыньей, табакомъ, (курили они—но относительно очень умѣренно); не было отравленія алкоголемъ, хотя одинъ изъ нихъ (Лу—щукъ)—и имѣлъ спеціальную профессію—виноторговлю, однако (имѣлъ дѣло только съ виноградными винами и притомъ только очень слабыми бессарабскими винами), не имѣлъ никакого отношенія къ хлѣбнымъ спиртамъ и крѣпкимъ винамъ; но и это вліяніе тянулось очень кратко, всего около года; потомъ же, благодаря постоянному недомоганію, паціентъ не могъ отдаваться такъ дѣлу виноторговли, какъ это требовалось-бы, т. е. личное участіе въ пробахъ вина, разливаніе его въ сосуды и т. д. Далѣе, ради лѣченія онъ проводилъ цѣлые мѣсяцы въ другихъ мѣстахъ (Одесса, Кіевъ и т. д.), удаляясь при этомъ отъ вредной профессіи еще дальше.

Ни одинъ изъ паціентовъ не страдалъ нефритомъ.

Ни одинъ изъ нихъ не имѣлъ порока сердца.

Ни у одного изъ описываемыхъ больныхъ не было большого перенапряженія, тяжелаго грубаго мышечнаго труда *или обильныхъ душевныхъ напряженій—волненій*.

Ну у одного изъ больныхъ не имѣлось преклонной старости.

Изъ инфекціонныхъ болѣзней, которыя, какъ установлено опытомъ, имѣютъ вліяніе на развитіе *острыхъ* заболѣваній сосудовъ: именно—инфлюэнца, тифъ, скарлатина, корь, оспа, перемежающаяся лихорадка и др.—этимъ болѣзнямъ нѣтъ никакой возможности приписывать данное заболѣваніе сосудовъ; во первыхъ потому, что страданіе кровеносныхъ путей въ нашихъ случаяхъ не остро, а медленно развившееся; во вторыхъ потому, что описываемые паціенты или вовсе не имѣли подобныхъ болѣзней, или между перенесенными инфекціонными заболѣваніями и началомъ сосудистыхъ легло слишкомъ большое число лѣтъ, чтобы бывшей инфекціи давать большое значеніе. Точно также нѣтъ никакихъ указаній на сифилисъ, phtisis, lepra и др.—болѣзни, способствующія развитію *хроническихъ* сосудистыхъ страданій.

Вообще изъ причинъ общихъ, дѣйствующихъ на развитіе болѣзней сосудовъ одинаково или приблизительно одинаково у всѣхъ, нѣтъ ни одной, которою бы можно было объяснить страданіе сосудовъ въ данномъ случаѣ.

Изъ мѣстныхъ причинъ—травмы, ушибы, мѣстное дѣйствіе какихъ-либо химическихъ агентовъ совершенно исключаются анамнезомъ. Вообще изъ мѣстныхъ возможныхъ причинъ, которыя нужно упомянуть

ради того только, чтобы исключить ихъ затѣмъ, могутъ быть приняты во вниманіе язвы гангренозныя у больныхъ Тарана (на пяткѣ) и у Лу—щука (на концахъ пальцевъ стопы).

Но, противъ предположенія, что эта мѣстная причина повліяла путемъ воспалительныхъ инфильтрацій [1]) per continuitatem на стѣнку проходящихъ сосудовъ, вызвала заболѣваніе ея, говоритъ, однако, то соображеніе, что у Тарана язва лежитъ на пяткѣ, а поражена a. tibialis antica, (кромѣ postica и pediea,) и имѣется флебитъ тыльнаго венознаго сплетенія; а между тѣмъ, судя по глубинѣ язвы и вялости ея стѣнокъ, трудно допустить значительную воспалительную инфильтрацію по окружности язвы, не говоря уже о томъ, что на пути даже къ a. pediea, (не только a. tibialis antica), лежатъ нѣсколько толстыхъ костей (calcaneus, thalus), о прободеніи которыхъ здѣсь нѣтъ и рѣчи, точно также нѣтъ никакихъ указаній, кромѣ отрицательныхъ за то, чтобы эта воспалительная инфильтрація проникла къ упомянутымъ артеріямъ и венамъ, идя по надкостницѣ упомянутыхъ костей или по мягкихъ частяхъ внутреннихъ и наружныхъ сторонъ стопы.

Что же касается Лу—щука, то у него гангренозныя мѣста имѣются на стопѣ, вырѣзанъ же кусокъ сосуда съ явленіями эндоартерита изъ кисти руки: разстояніе на столько большое, что мѣстную причину гангрены совершенно можно исключить изъ вредныхъ вліяній на развитіе эндоартерита на рукѣ. (Произведенныя изслѣдованія его крови на микробы дали отрицательные результаты).

Больной Меклеръ, желая дать какія-либо указанія на причины заболѣванія, упоминалъ о частыхъ ознобленіяхъ стопъ и кистей. Изъ ближайшихъ разспросовъ выяснилось однако, что это обстоятельство скорѣе подсказано ему, чѣмъ въ дѣйствительности имѣло мѣсто; отмораживанія или значительнаго охлажденія кистей или рукъ на самомъ дѣлѣ не было ни разу.

Всѣ остальные моменты, всѣ остальныя жалобы всѣхъ описанныхъ больныхъ не даютъ никакой возможности и въ возможныхъ мѣстныхъ причинахъ найти объясненіе страданію сосудовъ.

---

[1]) Ивановскій. Частная патологія, 1888 г., стр. 39. «Заболѣваніе мелкихъ артеріальныхъ развѣтвленій можетъ быть явленіемъ послѣдовательнымъ при хроническихъ воспаленіяхъ соотвѣтственныхъ органовъ».

Такъ какъ въ нашихъ случаяхъ имѣется и мѣстное заболѣваніе нервовъ и мѣстное-же заболѣваніе сосудовъ, такъ какъ со времени работы Joffroy [1]) извѣстно страданіе нервовъ сосудистаго происхожденія, то, можетъ быть, возникло-бы подозрѣніе, что въ данныхъ случаяхъ заболѣваніе нерва не первичное, но вызвано само перерожденіемъ сосудовъ;—страданіе-же сосудовъ возникло независимо и гораздо ранѣе.

Изъ двухъ органовъ, связанныхъ и зависящихъ другъ отъ друга пространствомъ, функціональной подчиненностью, источникомъ полученія питанія и т. д.—страданіе одного можетъ вызвать зыболѣваніе другого; установить-же который изъ двухъ обусловилъ заболѣваніе другого,—въ томъ случаѣ, если въ извѣстное время теченія болѣзни при изслѣдованіи оба они окажутся страдающими,—можно, помимо другихъ возможныхъ доводовъ, еще: опредѣленіемъ времени заболѣванія того и другого, (первично пораженный будетъ считаться причиной для заболѣвшаго послѣ него), лѣчебными мѣрами, выбирая средство дѣйствующее специфически на одинъ изъ заболѣвшихъ аппаратовъ, (картина общаго улучшенія въ обоихъ органахъ или отсутствіе всякаго улучшенія давало-бы средство рѣшить, гдѣ причина заболѣванія), данными клинической картины,—(неповрежденность одного изъ заболѣвшихъ при доказательной картинѣ совершившагося или начавшагося заболѣванія другого),—сравненіемъ симптомовъ чистыхъ изолированныхъ заболѣваній только одного изъ этихъ органовъ съ признаками болѣзни въ данномъ случаѣ, микроскопомъ и т. д. и т. д. Примѣняя этотъ пріемъ, можно надѣяться и здѣсь выяснить, который изъ двухъ страдающихъ образованій—заболѣлъ раньше и вовлекъ въ заболѣваніе другой.

Что касается *времени* возникновенія заболѣванія нервовъ и сосудовъ, то изъ общей симптоматологіи невритовъ извѣстно, что при пораженіи нервовъ чисто двигательныхъ или смѣшанныхъ—картина страданія открывается упадкомъ силы въ управляемыхъ этими нервами мышцахъ до полнаго паралича,— а гораздо позже возникаютъ и различныя трофическія разстройства; при первичномъ-же заболѣваніи артеріи въ формѣ эндоартерита, трофическія разстройства—гангрена—явленіе раннее и только гораздо позже появляются признаки слабости и притомъ лишь при извѣстныхъ условіяхъ напр., при движеніи (claudication intermittente).

У нашихъ больныхъ Меклера и Лущ—ука первыя явленія въ картинѣ болѣзни — пониженіе грубой силы, дошедшее въ случаѣ Лущ—ука до необходимости слечь въ постель, а у Меклера до невозможности нѣкоторое время двигать отдаленными частями конечностей—симптомы, отвѣчающіе разсѣянному первичному заболѣванію нервовъ.

---

[1]) Névrites d'origine vasculaire. Archives de la médecine experimentale. 1889—1893

У больныхъ Тарана и Куд—цкаго имѣются еще болѣе точныя указанія о времени заболѣванія тѣхъ и другихъ путей. Такъ, Куд—цкій вполнѣ здоровый до ушиба, теряетъ подвижность ноги послѣ ушиба; послѣдній же пришелся въ такое мѣсто—ягодицу—и повлекъ за собой такія немедленныя послѣдствія: лишеніе подвижности, что можно говорить лишь о пораженіи (сѣдалищнаго) нерва. Точно также и Таранъ — точно отмѣчаетъ простуду ягодицы,—а вслѣдъ за тѣмъ боли по ходу (сѣдалищнаго) нерва одновременно съ пониженіемъ силы. И лишь позже возникаютъ кровоизліяніе, отсутствіе пульса, омертвеніе и др. признаки страданія сосудовъ.

У всѣхъ этихъ нашихъ паціентовъ имѣлось повышеніе мѣстное температуры, увеличеніе объема концевого отдѣла конечности, что̀ указываетъ на участіе сосудовъ въ картинѣ болѣзни;—но во первыхъ, при первичномъ заболѣваніи сосудовъ — найдено было — въ большей части случаевъ (съ рѣдкими лишь исключеніями) пониженіе мѣстное температуры и уменьшеніе даннаго участка конечности въ объемѣ; во вторыхъ и эти только что указанныя температурныя явленія одновременно съ ціанотической окраской больныхъ частей наступали не какъ первый симптомъ, но уже послѣ того, какъ болѣзнь проявилась слабостью и болями т. е. послѣ того, какъ обнаружились симптомы неврита.

Эти соображенія позволяютъ считать по времени заболѣваніе периферическихъ нервовъ въ этихъ случаяхъ первичными и независимыми отъ заболѣванія артерій, страданіе-же послѣднихъ по времени—послѣдовательными.

Принятыя во вниманіе ради рѣшенія вопроса, не вызвало-ли страданіе сосудовъ заболѣванія нервовъ, соображенія *пространственныя*—позволяютъ считать заболѣванія нерва независимыми отъ страданія сосудовъ. Наглядно сказывается это въ случаяхъ Тарана и Куд—цкаго.

Извѣстно—(см. вторую главу), что перерожденіе артеріи можетъ вызвать разстройство питанія тканей и заболѣваніе извѣстнаго образованія —будь это паренхиматозный органъ или мышцы или стѣнки сосуда или, даже нервъ; ввиду этого имѣющееся заболѣваніе сѣдалищнаго нерва у обоихъ паціентовъ тоже могло бы имѣть такую-же этіологію. Но, судя по атрофіи ягодичныхъ мышцъ у обоихъ больныхъ и измѣненію электрической реакціи по всему ходу ствола и вѣтвей нерва,—можно приблизительно опредѣлить очень высокое по длинѣ нерва положеніе страданія; тѣ-же артеріи, которыя отмѣчены, какъ заболѣвшія—a. a. pediea, tibialis antica et postica—(нижнія ихъ части) лежатъ на очень далекомъ разстояніи отъ ягодичныхъ сбластей и не участвуютъ въ питаніи ни ягодичнаго отдѣла сѣдалищнаго нерва, ни вѣтвей его къ сѣдалищнымъ мышцамъ, а слѣдовательно,—по дальности своего разстоянія и разстроить питаніе

также не могутъ. Поэтому думать, что такъ высоко лежащій невритъ имѣетъ причину въ пораженіи a. pediae, не имѣетъ за себя никакихъ оправдательныхъ данныхъ ни въ литературѣ, ни въ собственныхъ клиническихъ наблюденіяхъ. Обратная-же зависимость т. е. (высокое), заболѣваніе N. Ichiadici и вслѣдствіе этого измѣненное состояніе (не говоримъ пока перерожденіе) артеріи стопы возможно:—нервъ можетъ управлять даннымъ органомъ, стопой, и его тканями, не смотря на большое удаленіе отъ послѣдняго, на сосуды же можетъ влiять благодаря содержанію вазомоторовъ и эта возможность вліянія подтверждается и въ клиническихъ наблюденіяхъ авторовъ и въ экспериментальныхъ трудахъ ихъ. Отсюда выводъ—*большое разстояніе, отдѣляющее больныя артеріи отъ больнаго фокуса нерва* (у Тарана и Куд—цкаго), локализируемаго клиническими моментами, позволяетъ сдѣлать заключеніе, что не артеріальное заболѣваніе вызвало невритъ, но скорѣе наоборотъ, благодаря—функціональной зависимости того участка сосудовъ отъ страдающаго нерва.

Само *теченіе страданія сосудовъ* въ нашихъ случаяхъ, а также *состояніе нервныхъ стволовъ* въ пораженныхъ конечностяхъ тоже позволяютъ сдѣлать нѣкоторый выводъ. Такъ, a) на основаніи клиническихъ наблюденій Lanceraux [1]), установившаго дифференціальныя діагностическія основанія для гангренъ сосудистаго и нервнаго происхожденія, нужно-было бы у Лущ—ука, болѣющаго уже болѣе двѣнадцати лѣтъ, ожидать *массивной гангрены* конечностей уже много лѣтъ тому назадъ, если-бы его сосудистое заболѣваніе т. е. endoarteritis его было первичнымъ. а у Меклера, замѣтившаго свое страданіе около трехъ лѣтъ—ожидать распространенія процесса на болѣе крупные сосуды, облитерацію просвѣта, потерю пульса въ нихъ м. б. и даже гангрены; между тѣмъ у Лущ—ука массивной гангрены вовсе нѣтъ и до момента ухода его изъ клиники, а у Меклера—указанныя артеріи пока свободны и процессъ никакими гангренами не разражался. в) Въ случаѣ первичнаго заболѣванія артерій *ганрена* б. ч. не имѣетъ *множественнаго характера,* какъ это было и въ нервной клиникѣ профессора Сикорскаго въ подобныхъ случаяхъ отмѣчено;—у Лущ—ука-же гангрена имѣетъ множественный характеръ, помѣстилась на нѣсколькихъ пальцахъ,—что по Lanceraux (l. c.) характерно для гангрены нервнаго происхожденія.

c) На основаніи цѣлаго ряда нашихъ личныхъ наблюденій въ клиникѣ можно было установить *различное содержаніе нервовъ* a) при первичномъ пораженіи нервовъ и b) при первичномъ пораженіи сосудовъ, артерій въ формѣ эндоартерита.

(¹ l. c.

1) Такъ, у паціентовъ съ первичными заболѣваніями артерій *чувствительность* на больной конечности была понижена только на мѣстахъ, гдѣ кожа или и подлежащія части уже омертвѣли, въ другихъ-же частяхъ этой-же конечности даже въ прилежащихъ къ гангренозному мѣсту не только не была понижена, наоборотъ, повышена. Въ случаяхъ-же, гдѣ нервы, поражены первично чувствительность, какъ извѣстно, страдаетъ.

Во всѣхъ данныхъ случаяхъ чувствительность была понижена.

2) *Двигательная* сфера у больныхъ съ первичнымъ эндоартеритомъ въ большинствѣ случаевъ даже при значительныхъ уже трофическихъ разстройствахъ—гангрена пальцевъ напр.—мало измѣнена, или уничтожена лишь въ мышцахъ, прилежащихъ къ мѣсту омертвѣнія. При невритахъ-же, какъ извѣстно, грубая сила понижена.

Во всѣхъ нашихъ случаяхъ, грубая сила понижена даже до полнаго паралича и въ мышцахъ, не прилежащихъ непосредственно къ мѣсту омертвѣнія.

3) *Рефлексы* у больныхъ съ первичнымъ сосудистымъ страданіемъ повышены, при невритахъ-же отсутствуютъ или понижены.

У нашихъ паціентовъ, рефлексы въ области пораженныхъ нервовъ или отсутствуютъ или понижены.

4) При первичномъ сосудистомъ пораженіи *фарадическая и гальваническая реакціи* остаются малоизмѣненными, только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, при очень высокомъ распространеніи атероматознаго или эндоартеритическаго процесса—понижены.

Въ нашихъ случаяхъ, реакція была понижена и даже вовсе отсутствовала, высокаго-же пораженія сосудовъ не отмѣчено.

Такимъ образомъ, клиническія симптомы отмѣчаютъ, съ одной стороны, что *пораженіе самихъ сосудовъ течетъ совершенно не типично*,—противно тому, что принято для первичныхъ сосудистыхъ пораженій,—главнымъ образомъ по времени; съ другой стороны—клиническія явленія, характеризующія *состояніе периферическихъ нервовъ — отвѣчаютъ только первичнымъ невритамъ* и совершенно противоположны таковымъ при первичныхъ эндоартеритахъ. Значитъ и клиническіе симптомы говорятъ за первичное пораженіе нервовъ и противъ пораженія первичнаго сосудовъ

Лѣчебные пріемы, очень часто вводимые въ практикѣ для выясненія природы болѣзни, (хининъ для лихорадочныхъ страданій, ртуть и іодъ для сифилиса, салициловые препараты—для ревматизма и т. д.), и въ нашихъ случаяхъ тоже позволяютъ сдѣлать нѣкоторый выводъ. При первичныхъ заболѣваніяхъ сосудовъ гальваническія ванны не приносили никакой пользы;—лѣченіе-же невритовъ гальваническимъ токомъ

прочно обосновано; въ нашихъ случаяхъ, во всѣхъ гальванизація принесла пользу—гангренозныя язвы закрывались, заживали, отекъ уменьшался, ціанозъ также и т. д. Такимъ образомъ и этотъ способъ діагностическій даетъ поводъ думать, что причина заболѣванія лежала въ нервѣ и улучшеніе сосудистыхъ процессовъ было достигнуто воздѣйствіемъ на причину.

Изслѣдованіе подъ микроскопомъ было произведено въ нашихъ случаяхъ лишь у двухъ паціентовъ; но за то было изслѣдовано 5 случаевъ другого рода заболѣваній, съ завѣдомымъ первичнымъ страданіемъ сосудовъ, вызвавшимъ послѣ полной облитераціи сосуда,—массивную гангрену стопы. Детали этого изслѣдованія приведены ниже, теперь-же вкратцѣ отмѣтимъ слѣдующія данныя: частицы сосудисто нервнаго пучка, взятыя изъ стопы близъ самаго мѣста омертвѣнія, при полной закупоркѣ какъ артерій даннаго участка, такъ и, въ нѣсколькихъ, случаяхъ, артерій, лежащихъ выше на 2—3 четверти—содержали *нервныя волокна* въ пучкахъ (сильно) раздвинутыми другъ отъ друга, но *сохранившими* въ количествѣ близкомъ нормѣ *міэлинъ* [1]).

Въ данныхъ-же двухъ случаяхъ:—у Лу—щука, не смотря на облитерацію одной артеріальной вѣтки,—другія артерійки сосудистаго пучка еще имѣли просвѣтъ и могли дать достаточное количество крови для питанія нерва и даннаго отдѣла конечности, чему доказательствомъ уже было полное отсутствіе процессовъ омертвѣнія на кисти, отсуствіе болѣе или менѣе значительныхъ трофическихъ разстройствъ тамъ-же; тѣмъ не менѣе нервъ былъ сильно пораженъ и вопреки тому, что было отмѣчено для первичнаго артерита—*нервныя волокна вовсе не содержали міэлина*; кромѣ того—ткань эндоартерита была очень юная,—невритъ-же казался старымъ процессомъ.

У Меклера—точно также нѣтъ никакой гангрены,—сосуды ни большіе, ни малые не представляютъ явленій полной облитераціи просвѣта,—но только съуженія; тѣмъ не менѣе нервъ представляетъ извѣстное проростаніе его ядрами, значительное уменьшеніе числа міэлиновыхъ волоконъ и т. д.—въ общемъ-же никакого сходства съ картиной склероза нервныхъ стволовъ, наблюдаемаго при артеріальныхъ заболѣваніяхъ.

Итакъ, и гистологическія изслѣдованія не даютъ никакого повода предполагать, что заболѣваніе сосудовъ вызвало пораженіе нервовъ.

Резюмируя приведенныя выше соображенія, факты и доводы, приходится отмѣтить, что возникновеніе заболѣванія сосудовъ и нервовъ данныхъ больныхъ во *времени*, зависимость больныхъ аппаратовъ въ *функціональномъ и питательномъ* отношеніи, (а также *пространственномъ*),

[1]) См. также Муравьевъ. Склерозъ нервовъ. Медицинское Обозрѣніе. 1895.—

клиническое *теченіе* страданіе сосудистыхъ и *содержаніе* въ тоже самое время въ клиническомъ отношеніи *периферическихъ нервовъ, лѣчебные пріемы и гистологическое изслѣдованіе*—ничто *не говоритъ, чтобы сосуды заболѣли первично* и разстроили нервы, заложенные въ той-же конечности, и наоборотъ существуетъ много прямыхъ указаній, что именно первично заболѣли нервы въ этихъ случаяхъ; а такъ какъ всѣ, какъ *общія,* такъ и *мѣстныя причины*, которыя могли-бы объяснить заболѣваніе сосудовъ во всѣхъ этихъ, случаяхъ исключены, какъ совершенно *неучаствующія* или какъ недостаточныя; такъ какъ симптомы *заболѣванія сосудовъ проявились* впервые уже *послѣ* возникновенія *страданія* периферическихъ *нервовъ* и развивались затѣмъ паралельно теченію невритовъ; такъ какъ эти *страданія сосудовъ* находятся *въ области* развѣтвленія только *заболѣвшихъ нервовъ,* другіе-же сосуды въ области другихъ здоровыхъ нервовъ—не измѣнены;—то въ виду нѣкоторыхъ вышеприведенныхъ клиническихъ наблюденій, а также результатовъ экспериментальныхъ работъ, сообщенныхъ выше,—приходится *считать первичное страданіе нервовъ* нашихъ паціентовъ *причиной* возникновенія у нихъ *заболѣванія артерій.*

I.

Вѣроятныя причины возникновенія заболѣванія сосудовъ при невритѣ—1) расширеніе русла сосудовъ, 2) замедленіе тока крови, и 3) страданіе vasa vasorum.

Какія имѣются свѣдѣнія, позволяющія объяснить описанныя измѣненія сосудовъ въ зависимости отъ пораженій нервовъ?

I.

Thoma [1]), посвятившій много труда уясненію причинъ, благопріятствующихъ развитію страданія сосудовъ ввидѣ эндоартерита и артеріосклероза, устанавливаетъ нѣсколько моментовъ, влекущихъ за собой

[1]) a) Die Rückwirkung des Verschlusses der Nabel-Arterien u. s. w. Virchow's. Arch. Bd. 93.

b) Das Verhalten d. Arterien in Amputations-stumpfen. Ibidem. Bd. 95.

c) Abhänhigkeit der Bindegewebs-Neubildung von mechanichen Bedingungen des Bluthumlaufs. Ibidem. Bd. 104—105.

Авторъ изслѣдовалъ сосуды отъ труповъ, гдѣ артеріосклерозъ или a) очень скоро долженъ былъ начаться или b) уже имѣлись его первые признаки или c) или онъ уже совершенно развился. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, авторъ нашелъ отклоненія въ формѣ, какъ продольнаго, такъ и поперечнаго сѣченія сосудовъ. Поперечное сѣ-

заболѣваніе стѣнки: а) *врожденная ширина* кровеносной системы, превосходящая среднія цифры, цо автору, есть обстоятельство, располагающее къ развитію артеріосклероза; в) *пріобрѣтенное расширеніе* просвѣта сосудовъ точно также, какъ и недостаточная сопротивляемость стѣнки сосудовъ, которую можетъ расширить кровяной потокъ при повышенномъ давленіи, *создаютъ благопріятное условіе для компенсаторнаго разращенія эндотелія intimae,* причемъ наростающіе слои его выравниваютъ измѣненное—расширенное русло до прежняго размѣра.

Въ приведенныхъ выше наблюденіяхъ клиническихъ, взятыхъ у авторовъ,—а также наблюденіяхъ, предпринятыхъ ради опыта, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, на это обстоятельство—расширенія сосудовъ—не обращено спеціально никакого вниманія; но, судя по нѣкоторымъ объективнымъ симптомамъ—повышеніе мѣстное температуры, измѣненіе цвѣта и объема тѣхъ же мѣстъ,—можно утверждать, что такое расширеніе сосудовъ было—(Въ подкрѣпленіе мнѣнія приводимо можетъ быть мнѣніе Лукьянова (Общ. Патол. стр. 111): «Покрасненіе и повышеніе температуры данной части тѣла объясняются повышеннымъ кровенаполненіемъ сосудовъ» и многихъ другихъ авторовъ) и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ объ этомъ нѣтъ спеціальныхъ свѣдѣній.

Въ литературѣ имѣются, однако, указанія и о спеціальныхъ наблюденіяхъ расширенія сосудовъ при раздраженіи, перерѣзкѣ или заболѣваніяхъ нерва ввидѣ неврита или невралгіи. Такъ, Schiff [1]) наблюдалъ расширеніе сосудовъ языка послѣ перерѣзки N. trigemini и N. hypoglossi; Graefe [2]) послѣ перерѣзки N. trigemini—расширеніе сосудовъ conjunctivae bulbi. Panum и Pincus [1]), видѣли гиперемію слизистой оболочки желудка послѣ перерѣзки N. vagi.—Goltz [3]), провѣривъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ это явленіе расширенія сосудовъ при раздраженіи нервовъ въ различныхъ областяхъ тѣла, доказалъ такимъ образомъ существованіе сосудорасширяющихъ нервовъ.

Wharton Jones (1851), отмѣтилъ расширеніе всѣхъ сосудовъ лапки лягушки послѣ перерѣзки N. Ichiadici [4]). Сюда-же относятся наблюденія

ченіе, благодаря частичнымъ расширеніямъ стѣнки и удаленію вслѣдствіе этого такихъ участковъ отъ центра, приняло форму эллипса и по размѣрамъ было больше нормы; продольное же сѣченіе сосуда, вслѣдствіе тѣхъ же частичныхъ расширеній стѣнки, получило углубленія въ стѣнкѣ—конкавы. Оказалось, что въ тѣхъ мѣстахъ гдѣ имѣлось р а с ш и р е н і е с т ѣ н к и—т. е. въ болѣе о с т р ы х ъ п о л ю с а х ъ э л л и п с а поперечнаго сѣченія и мѣстахъ к о н к а в а продольнаго сѣченія имѣлось р а з р о с т а н і е э н д о т е л і я, болѣе или менѣе выравнивавшаго измѣнившіяся части

[1]) Лауденбахъ; сосудо-двигательная система. К. 1887. стр, 6.

[2]) ibid. 23.

[3]) ibid. 25.

[4]) Vulpian. Appareil vasomoteur I. P. 10.

Vuipian'a [1]), отмѣчающаго расширеніе сосудовъ, хотя и временное, послѣ перерѣзки приводящаго нерва.

Hermann Joseff [2]) замѣтилъ при перерѣзкѣ N. Ichiadici расширеніе артерій на пораженной конечности; тотъ же результатъ получалъ онъ и отъ дѣйствія сильныхъ кислотъ, щелочей и другихъ способовъ раздраженія нерва.

Разумовскій [3]) при его опытахъ съ перерѣзкой N. Ichiadici наблюдалъ, что артерійки, пролегающія въ костныхъ каналахъ, были расширены; точно такое же расширеніе и кровенаполненіе сосудовъ видѣлъ онъ и въ мягкихъ частяхъ. Тотъ же авторъ цитируетъ въ своей работѣ: 1) Остроумова и 2) Шифа, изъ наблюденія которыхъ выходитъ, что расширеніе сосудовъ въ такихъ случаяхъ никогда не исчезаетъ и 3) Vulpian'a, что тонусъ расширенныхъ сосудовъ, способствующій съуженію сосудовъ не возстановляется для глубоко лежащихъ сосудовъ.

Лукьяновъ [4]) утверждаетъ, что при раздраженіи нервныхъ стволовъ, связанныхъ съ мышцами, происходитъ не только сокращеніе послѣднихъ, но и расширеніе сосудовъ, питающихъ эти мышцы.

Cahen [5]) цитируетъ мнѣніе Jolly, что всѣ невриты сопровождаются гипереміями. Самъ авторъ при невралгіяхъ подглазничнаго нерва видѣлъ налитіе сосудовъ соотвѣтствующей области лица, глаза и губы; точно также и во время опыта: послѣ перерѣзки N. trigemini внутри черепа наступало расширеніе сосудовъ.

Роговичъ [6]) при перерѣзкѣ сѣдалищнаго нерва наблюдалъ расширеніе сосудовъ на подвергнутой опыту ногѣ.

Babinsky [7]) при невритахъ отмѣчаетъ варикозное расширеніе венъ и покрасненіе кожи.

Levin и Benda [8]) собрали большую литературу случаевъ припадочнаго расширенія сосудовъ конечностей на почвѣ различныхъ страданій периферическихъ нервовъ, какъ-то: невралгіи или неврита.

Mougeot [9]) наблюдалъ наполненіе и расширеніе артеріи при невралгіи N. supraorbitalis.

---

[1]) ibidem. l. c.

[2]) Arch. für Anatomie und. Phisiologie. 1872.

[3]) Вліяніе перерѣзки сѣдалищнаго нерва на ростъ костей. Диссертація.

[4]) Общая патологія. 1893, стр. 103.

[5]) Nevroses vasomotrisses l. c.

[6]) Псевдомоторное дѣйствіе сосудо-расширяющихъ нервовъ. Кіевъ. 1885.

[7]) Traité de Médecine. VI. 681.

[8]) Berlin-klin Wochenschrif. 1895. Die Eritromelaglien.

[9]) Troubles de Nutrion. Thése. 1867..

Mathieu et Gley [1]) послѣ перевязки N. Ichiadici у собаки шнуромъ, смоченнымъ въ карболовую кислоту, очень убѣдительно отмѣчали расширеніе сосудовъ на лапѣ наблюдаемой конечности.

Левашевъ [2]), обратившій особенное вниманіе на ширину сосудовъ конечности, которой нервъ подвергался извѣстнымъ раздраженіямъ, находилъ всегда расширеніе сосудовъ вслѣдъ за наложеніемъ раздражающаго начала болѣе или менѣе стойкое, въ зависимости отъ величины воспалительныхъ явленій въ стволѣ нерва; при уменьшеніи послѣднихъ приходилось вызвать новое раздраженіе и наступало новое расширеніе сосудовъ.

Fraenkel [3]) видѣлъ и въ случаяхъ клиническихъ и при изслѣдованіяхъ ради опыта—сильное расширеніе русла сосудовъ больной конечности. Измѣренія, сдѣланныя имъ на сосудѣ, даютъ цифры ширины просвѣта въ 2—5 разъ большія по сравненію съ контрольной ногой. По нѣкоторымъ соображеніямъ можно думать, что расширеніе было еще больше, что авторъ имѣлъ уже компенсированные случаи.

Potin и Sonnenburg [4]) наблюдали расширеніе венъ въ ихъ случаяхъ.

Въ *нашихъ собственныхъ случаяхъ* возможно было отмѣтить или изъ анамнеза или объективнымъ наблюденіемъ—*безспорное расширеніе сосудистаго русла* на кистяхъ и стопахъ.

Такъ, у Меклера за это говорило явленіе гипереміи и повышеніе температуры указанныхъ мѣстъ и видимое глазомъ расширеніе венъ.

Точно такое же расширеніе и вслѣдствіе тѣхъ же симптоматическихъ данныхъ приходится допустить и у больныхъ Ку—дцкаго и фельдшера Т.

Точно также приходится допустить расширеніе сосудовъ стопы, бывшее въ первый періодъ болѣзни у Тарана; изъ анамнестическихъ свѣдѣній видно, что первое время у него была повышена температура больной стопы, что стопа была красна, отекала и т. д. Это же расширеніе сосудовъ выражено и въ status praesens—расширеніе венъ на стопѣ.

Тоже самое приходится сказать и о больномъ Лу—щукѣ на основаніи тѣхъ же анамнестическихъ свѣдѣній, гдѣ также имѣются явленія повышенія температуры кистей и стопъ, измѣненіе ихъ цвѣта въ сине-красный и т. д. и на основаніи status praesens, гдѣ имѣется во

---

[1]) Revue de Médecine. 1881. Purpura nevropatique experimentalle.

[2]) Virchow's Arhiv. Bd. 92.

[3]) Wien. klin. Woch. 1896. Neirotische Angiosclerose l. c.

[4]) L. c. см. параграфъ—Д.

первыхъ расширеніе венъ отдаленныхъ частей рукъ и ногъ, во вторыхъ же, на вырѣзанномъ кусочкѣ ткани имѣется переполненіе кровью всѣхъ или громаднаго большинства видимыхъ мелкихъ сосудцевъ—капилляровъ и по аналогіи могло быть допущено такое же расширеніе и нѣсколько большаго калибра.

Такимъ образомъ, одно изъ причинныхъ обстоятельствъ, предрасполагающихъ къ заболѣванію сосудовъ—расширеніе ихъ русла при страданіи периферическихъ нервовъ, не только возможно предполагать на основаніи наблюденій въ лабораторіяхъ; но оно наблюдалось и клиницистами, какъ при невралгіяхъ, такъ и при невритѣ, и можно считать доказаннымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ собственнаго наблюденія.

II.

Вторая предрасполагающая къ заболѣванію сосудовъ причина, по тому же автору—Thoma [1]) есть *замедленіе потока крови* въ извѣстномъ участкѣ сосудистой системы. И если таковое замедленіе наблюдается продолжительное время, то наступаетъ съуженіе просвѣта даннаго сосуда двоякимъ образомъ, или сокращеніемъ мышечной оболочки, или образованіемъ новыхъ слоевъ ткани внутренней оболочки—даннаго сосуда.

---

[1]) Этотъ моментъ обусловливаетъ по автору внѣ утробы матери закрытіе и облитерацію пупочныхъ сосудовъ, по которымъ плодъ получалъ питаніе до рожденія. Это же обстоятельство вліяетъ на облитерацію тѣхъ сосудовъ культи ампутированныхъ членовъ, которые благодаря операціи лишились своего капиллярнаго круга, ими питаемаго, вслѣдствіе чего наполняющая ихъ (послѣ ампутаціи) кровь обречена на. очень медленное поступательное движеніе впередъ или даже на полную остановку. Для разрѣшенія вопроса объ измѣненіяхъ сосудовъ въ такихъ случаяхъ, авторъ поизслѣдовалъ трупы лицъ съ ампутированной одной конечностью; причемъ оказалось, что, если ампутированная толстая артерія имѣла сильно развитую tunicam muscularem, то послѣ операціи наступало сильное сокращеніе сосуда и вслѣдствіе этого нужное съуженіе просвѣта и только о ч е н ь м е д л е н н о наступало возмѣщающее разростаніе intimae; если же оболочка мышечная была слаба, то наступало о ч е н ь с к о р о выравнивающее разростаніе intimae съ послѣдующимъ съуженіемъ перерѣзанной артеріи. Тоже самое условіе замедленія тока движущейся крови въ сосудахъ авторъ наблюдалъ въ тугоперевязанной артеріи, въ глухихъ мѣшкахъ, образующихся по обѣимъ сторонамъ наложенной лигатуры. Хотя очень скоро кровообращеніе въ данной территоріи при помощи коллятеральнаго круга—анастомозомъ выше и ниже лежащихъ вѣтвей и возстановлялось, но вблизи самой лигатуры кровяная жидкость сохраняла покой, а въ результатѣ получалась разростаніе эндотелія intimae съ послѣдующимъ съуженіемъ просвѣта.

Повидимому, и въ случаяхъ, насъ интересовавшихъ, тоже было замедленіе теченія крови. За это говорятъ уже чисто теоретическія соображенія.

a) Изъ числа условій, благопріятствующихъ скорости теченія крови, нужно исключить, какъ въ лабораторныхъ наблюденіяхъ, такъ и въ клиническихъ случаяхъ—всѣ тѣ, которыя обусловлены произвольной подвижностью въ данной конечности съ больнымъ нервомъ. Какъ показали наблюденія (Левашева, Разумовскаго и др.) животное щадитъ конечность, произвольныя движенія въ ней старается довести до minimum'a. Это обстоятельство—покой—въ нѣкоторыхъ случаяхъ является необходимымъ не только потому, что движеніе сопровождается болями, вызываетъ ихъ,—оно становится неизбѣжнымъ уже потому напр., что, вслѣдствіе перерожденія управляющаго нерва, мышца не можетъ сокращаться, не можетъ быть приводима въ возбужденіе. Произвольныя движенія, играя роль въ притокѣ артеріальной крови, играютъ еще бо́льшую роль въ оттокѣ венозной крови и лимфы; отсюда вполнѣ естественно ожидать замедленнаго теченія въ сосудахъ конечности съ нервомъ больнымъ или искусственно раздраженнымъ, гдѣ вслѣдствіе этого мышцы парализованы, а движеніе сопровождается болями и потому больная конечность остается въ покоѣ.

Значеніе этого явленія становится, однако, еще бо́льшимъ, если мы вспомнимъ установленный въ предыдущемъ фактъ расширенія сосудовъ въ области развѣтвленія больного нерва.

b) Расширеніе это даже, если-бы оно равномѣрно распространилось и на большія и малыя и тончайшія артерійки (на самомъ же дѣлѣ расширеніе сказывается на мелкихъ сосудахъ сильнѣе, чѣмъ на большихъ,—проявляясь лишь незначительно на самыхъ большихъ), должно рѣзко нарушать отношенія между шириной русла крови въ приводящей большей артеріи и тѣмъ сложнымъ ложемъ мелкихъ сосудцевъ, въ которые эта большая артерія открывается. Русло мелкихъ сосудцевъ можетъ при ихъ общемъ расширеніи занять такіе большіе размѣры, что приливающая кровь изъ большой артеріи, какъ бы ни была велика ея скорость, тамъ,—войдя въ широкое ложе,—можетъ течь только медленно и тѣмъ медленнѣе, чѣмъ больше расширеніе русла; а такъ какъ оттокъ венозной крови изъ данной конечности, вслѣдствіе указанныхъ только что причинъ, ничѣмъ не облегчается, то слѣдовательно, къ устраненію замедленія теченія крови будутъ лишь дѣятели отрицательнаго значенія

Во всѣхъ этихъ случаяхъ всѣ другія этіологическіе моменты, кромѣ одного длительнаго замедленія теченія крови изъ причинъ могущихъ вызвать эндаортеритъ—были искючены.

Помимо этихъ теоретическихъ соображенiй замедленiе тока крови въ конечности, нервъ которой пораженъ тѣмъ или инымъ образомъ, наблюдалось и описано авторами при работахъ опытныхъ и въ клиникѣ.

c) Такъ наблюденiя Herman'a Joseff'a, сдѣланныя надъ лягушками, говорятъ прямо за рѣзкое уменьшенiе скорости теченiя крови при такихъ условiяхъ; именно авторъ [1]) подводилъ палочку подъ сѣдалищный нервъ и, надавливая на нервъ, ущемлялъ его; нервъ при этомъ не разрушался, проводимость въ немъ, вѣроятно, не уничтожалась совершенно, но получалось, навѣрное, большее или меньшее раздраженiе его. Подъ влiянiемъ этого раздраженiя замѣчалось замедленiе тока крови въ подверженной опыту конечности. То же самое послѣдствiе—замедленiя тока крови—авторъ замѣчалъ и при раздраженiи сѣдалищнаго же нерва—перетягиванiемъ ниткой. Характерно, что просвѣтъ сосудовъ раздражаемой черезъ посредство нерва конечности не суживался.

Saviotti [2]) еще раньше Herman Joseff'a продѣлалъ подобный же опытъ: онъ щипалъ (zwickte) сѣдалищный нервъ такъ, чтобы не нарушить нисколько его цѣлости, и замѣчалъ рѣзкое замедленiе тока крови въ конечности съ экспериментируемымъ нервомъ.

Vulpian [3]) нашелъ, что вслѣдъ за перерѣзкой нерва наступаетъ замедленiе тока въ капилярахъ и венкахъ конечности.

Romberg [4]), вѣроятно на основанiи клиническихъ наблюденiй утверждаетъ, что при пораженiи нервовъ происходитъ замедленiе движенiя крови въ соотвѣтствующей конечности.

На основанiи этихъ соображенiй и наблюденiй мы можемъ утверждать, что теченiе крови въ сосудахъ соотвѣтствующихъ больныхъ конечностей и въ наблюдаемыхъ нами случаяхъ—было замедлено.

III.

Изслѣдованiе ближайшихъ подробностей, обусловливающихъ страданiе resp., перерожденiе сосудовъ приводило авторовъ къ заключенiю, что то или другое состоянiе vasa vasorum, имѣетъ громадное влiяющее значенiе.

---

[1]) Einfluss der Nerven auf Ernährung und Neubildung. Archiv für Anatomie und Phisiologie. 1872.

[2]) ibidem.

[3]) Цитировано по Martin'y (Revue de Médecine 1895: «Sclerose distrophique...» Vulpian. Appareil vosomoteur. II, p. 348.

[4]) Mougeot. l. c.

Такъ Boerhave [1]) объясняетъ причину склероза артерій тѣмъ разстройствомъ питанія сосудистой стѣнки, которое происходитъ вслѣдствіе утолщенія стѣнокъ vasa vasorum. Это же послѣднее вызывается по автору треніемъ кровяного столба о стѣнки питающихъ сосудцевъ.

Рудневъ [2]) находилъ новообразованіе сосудовъ въ adventitia, въ окружности которыхъ видѣлъ грануляціонные шарики.

Энгельгардтъ [3]) находилъ новообразованіе vasa vasorum, переполненіе ихъ красными кровяными шариками, и накопленіе множества круглыхъ грануляціонныхъ элементовъ близь vasa nutritia.

Goldflamm [4]) при артеритѣ отмѣчаетъ проростаніе стѣнки vasa vasorum.

Friedländer [5]), разрѣшая вопросъ, откуда являются новообразованныя клѣтки во внутренней оболочкѣ артерій, дающія въ концѣ концовъ эндоартеритъ, считаетъ возможнымъ, что онѣ появляются изъ vasa vasorum; за это, по его мнѣнію, говоритъ одновременное разростаніе ядеръ около vasa vasorum въ adventitia.

Ивановскій [6]), отмѣчающій расширеніе vasa vasorum при артеріосклерозѣ, держится того же мнѣнія: прониканіе новообразованныхъ клѣтокъ въ intima, по его мнѣнію, происходитъ изъ vasa vasorum на счетъ бѣлыхъ шариковъ.

Landousy и Siderey [7]) при остромъ тифоидномъ артеритѣ нашли сильное умноженіе мелкихъ сосудцевъ—въ наружной оболочкѣ сосуда, въ то время какъ внутренняя оболочка носила слѣды желтыхъ пятенъ; микроскопически же оказалось: появленіе зародышевыхъ клѣтокъ около сильно переполненныхъ кровью vasa vasorum; новообразованныя клѣтки проростаютъ къ внутренней оболочкѣ, накопляются по мѣстамъ и просвѣтъ сосуда съуживается.

Feraud [8]) отмѣчаетъ, что по его наблюденіямъ страданіямъ intimae соотвѣтствуетъ заболѣваніе adventitiae; въ своихъ случаяхъ онъ всегда находилъ сильное переполненіе кровью питающихъ сосудцевъ, заложенныхъ въ adventitia и явленія periarteritis.

---

[1]) Gueneau de Mussy: Archives générales de médecines. 1872. II. Les indurations des vaisseaux.

[2]) Курсъ патологической Анатоміи. Петерб. 1873.

[3]) Патологія артеріосклероза. Петерб. 1873 года, стр. 13.

[4]) Deutsch. med. Wochenschrift. 1895. № 36.

[5]) Centrallblatt für medic. Wissenchaft. 1876.

[6]) Частная патологическая анатомія. 1888, стр. 38 и 37.

[7]) Revue de médecine. 1887.

[8]) Alteration senile du systême vasculaire. Thèse. 1868.

Koster [1]), въ его случаяхъ артерита, тоже замѣтилъ всегда участіе vasa vasorum; по мѣстамъ они были такъ налиты и растянуты кровью, что стѣнка сосуда, какъ бы состояла изъ капиляровъ. Эти капиляры, т. е., vasa vasorum не ограничивали свое распространеніе только наружной оболочкой, но шли въ глубь tunicae muscularis и дальше, неся съ собой разростающіяся зародошевыя клѣтки; послѣднія, принимая характеръ грануляціонной ткани, появлялись наконецъ въ глубокихъ слояхъ intimae; въ дальнѣйшемъ эти проросшія клѣтки превращаются въ соединительную ткань. Эндотелій intimae (въ чемъ авторъ сходится съ Heubner'омъ) при этомъ набухаетъ,—зернистъ размножается и съуживаетъ просвѣтъ сосуда; разростаніе ткани intimae по автору *зависитъ только отъ vasa nutritia;* онѣ *создаютъ первый толчекъ* къ пролифераціи ткани данной области, къ этому первичноиу гнѣзду могутъ уже вторично присоединиться и бѣлыя блуждающія тѣльца, которыя находятся всегда во внутренней оболочкѣ большихъ сосудовъ. Такимъ образомъ, по мнѣню автора *страданіе эндоартеритомъ сосудовъ зависитъ только отъ vasa vasorum,* только тѣ сосуды могутъ заболѣвать этимъ страданіемъ, которые ихъ имѣютъ. Образованіе новой ткани въ стѣнкѣ происходитъ помощью капилляровъ; но сами капилляры resp. vasa vasorum тоже поражаются эндо-періартеріолитомъ.

Martin [2]) — *первую причину эндоартерита видитъ въ первичномъ страданіи vasa vasorum, ихъ эндоартеріолитъ.* Въ этомъ легко убѣдиться изслѣдуя микроскопически цѣлую серію срѣзовъ при островчатомъ артеріосклерозѣ resp. эндоартеритѣ, причемъ оказывается что всѣ vasa vasorum здоровы, кромѣ сосудцевъ, отвѣчающихъ гнѣзду разростанія внутренней оболочки; эти же питательные капилляры представляютъ явленія разростанія клѣтокъ ихъ стѣнки, въ дальнѣйшемъ—эндоартеріолитъ, съуженіе просвѣта ихъ и разстройство питанія—прежде всего тѣхъ глубокихъ слоевъ intimae, которые не могутъ питаться пропитываніемъ—всасываніемъ изъ протекающей крови; отсюда съ одной стороны, некробіозъ съ жировымъ перерожденіемъ клѣтокъ эндотелія; съ другой, увеличеніе въ объемѣ и числѣ ихъ-же вслѣдствіе тѣхъ-же самыхъ причинъ. Оба процесса одновременны и независимы. Процессъ страданія vasa vasorum всегда есть, но его легко просмотрѣть.

Thoma [3]), такой большой знатокъ въ ученіи о болѣзняхъ кровеносной системы, находилъ постоянно при разлитомъ перерожденіи сосудовъ (arteriosclerosis) увеличеніе числа vasa vasorum въ сосудистой стѣнкѣ. Онъ находилъ кромѣ того ихъ въ состояніи сильнаго переполненія кровью и *этой гипереміи ихъ онъ придаетъ причинное значеніе для страданія сосуда.* По его мнѣнію, *налитіе кровью vasa vasorum есть*

[1]) Berliner klinische Wochenschrift. 1876.
[2]) l. c.
[3]) Virchow' Archiv. Bd. 104—105.

ближайшая причина новообразованія ткани въ intima и утолщенія tunicae mediae и т. д.

Такимъ образомъ изъ имѣющихся свѣдѣній вытекаетъ, что a) *увеличеніе числа vasa vasorum,* b) *утолщеніе стѣнки vasorum nutritium*—(эндартеріолитъ) и c) *переполненіе кровью ихъ*—

—влечетъ за собой цѣлый рядъ разстройствъ питанія стѣнки сосудовъ съ конечнымъ результатомъ перерожденія ея ввидѣ эндоартерита и артеріосклероза; повидимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, которые взяты изъ литературы и въ тѣхъ, которые мы сами наблюдали, отношеніе vasa vasorum къ питаемой ими ткани было подобное-же.

Уже изъ чисто теоретическихъ соображеній выходило-бы возможнымъ предположеніе:—расширеніе и наполненіе кровью и vasa vasorum также въ той области, гдѣ судя по цвѣту кожи, температурѣ ея и т. д. предполагается расширеніе капилляровъ и мелкихъ сосудовъ. Въ виду этого,—*т. к. не доказано, что vasa vasorum управляются нервами иначе, чѣмъ остальные капилляры тѣла,—теоретически совершенно* возможно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предполагается расширеніе сосудовъ вообще, допускать также и расширеніе и vasa vasorum той же области.

Это чисто теоретическое соображеніе подтверждается очень хорошо опытными изслѣдованіями Левашева [1]), который при описанныхъ изслѣдованіяхъ своихъ надъ животными, продѣвая имъ въ сѣдалищный нервъ нити, смоченныя различными кислотами съ цѣлью усилить раздраженіе, нашелъ въ периферическихъ мелкихъ артеріяхъ стопы измѣненія различной степени въ зависимости отъ времени раздраженія нерва. При непродолжительномъ раздраженіи нерва убитое животное подъ микроскопомъ обнаруживало измѣненія лишь въ adventitia сосудовъ,—именно, замѣчалось умноженіе числа vasa vasorum, увеличенное наполненіе ихъ кровью; на этомъ, однако, дѣло не останавливалось и новообразованныя vasa vasorum проникали глубже, именно, въ tunicam mediam и т. д.—вызывая и внося съ собою дальнѣйшія ступени въ развитіе заболѣванія сосуда; всюду авторъ находилъ умноженіе петель vasa vasorum, расширеніе ихъ, наполненіе ихъ кровью, размноженіе клѣтокъ ихъ стѣнки съ проростаніемъ даже въ окружающую ткань. Др. Левашевъ говоритъ, что объясненіе перерожденія стѣнки онъ можетъ лишь видѣть въ раздраженіи нервовъ, *которые расширяютъ всѣ сосуды, въ томъ числѣ также и vasa vasorum.* Такъ что въ его случаѣ были всѣ условія предрасполагающія най-

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 92. 1883. Experimentelle Untersuchungen uber die Bedeutung des Nervensistems bei Gefässerkrankungen.

дены: расширенiе и переполненiе кровью vasa vasorum, ихъ endarteriolitis и т. д.

Въ нашихъ случаяхъ мы имѣли возможность подъ микроскопомъ изслѣдовать кусочки сосудовъ въ двухъ случаяхъ.

Въ случаѣ Лу—щука, какъ мы уже упомянули найдено, 1) развитiе vasa vasorum больного сосуда и 2) налитiе ихъ кровяными шариками (съ расширенiемъ ихъ при этомъ), 3) явленiя размноженiя клѣтокъ ихъ стѣнки и близьлежащей окружности ихъ.

У второго больного Меклера—случайно, въ кускѣ ткани, взятой для изслѣдованiя, не встрѣтилось ни одного такого сосуда, гдѣ имѣлись бы vasa vasorum; но свободно лежащiе очень тонкiе сосудцы, по размѣрамъ близкiе къ капиллярамъ, представляли явленiя размноженiя клѣтокъ ихъ стѣнки съ съуженiемъ русла, проростанiемъ въ окружающую ткань по ближайшей окружности сосудца т. е. тѣ явленiя, которыя отмѣчены Goldflamm'омъ, Koster'омъ, Левашевымъ и др. по отношенiю къ vasa vasorum и вообще къ капиллярамъ и, что́ въ общемъ можно назвать periendoarteriolitis; можетъ быть по извѣстной аналогiи можно было бы думать, что въ такомъ состоянiи мы нашли бы и vasa vasorum бо́льшаго сосудца, если бы таковой встрѣтился въ изслѣдуемомъ кусочкѣ ткани.

Въ другихъ случаяхъ интересующаго насъ вопроса, нѣтъ никакихъ указанiй, чтобы авторы обратили какое нибудь вниманiе на состоянiе vasa vasorum. Изъ наблюденiй же Левашева и нашего одного случая (Лу—щука), гдѣ клиническая картина указывала на расширенiе [1]) и переполненiе кровью мелкихъ сосудцевъ (повышенiе температуры въ анамнезѣ, синюха и отекъ въ status praesens у насъ и повышенiе температуры и отекъ у Левашова) и, гдѣ подъ микроскопомъ оказалось и кровенаполненiе и какъ располагающее къ этому расширенiе мелкихъ сосудцевъ,—позволительно распространить подобное же явленiе и на всѣ другiе случаи какъ наши, такъ и таковые другихъ наблюдателей, (гдѣ клиническая картина равнялась таковой у Левашева и нашего случая—была повышена температура, мѣстно былъ отекъ, была измѣнена окраска).

Во всякомъ же случаѣ то состоянiе vasa vasorum, которое по авторамъ (Thoma, Martin, Koster и др.) предшествуетъ и какъ primum movens вызываетъ перерожденiе стѣнки сосудовъ, вызвано докторомъ Левашевымъ путемъ искусственнаго раздраженiя приводящаго нерва ко-

---

[1]) *Примѣчанiе.* Какъ могутъ влiять измѣненныя состоянiя vasa vasorum на питанiе сосуда—какимъ образомъ могутъ вызвать онѣ перерожденiе стѣнки?

нечности много разъ и стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія наблюдалось и нами въ одномъ случаѣ, (гдѣ въ основѣ всей картины болѣзни лежитъ страданіе нервовъ периферическихъ).

а) Что касается переполненія кровью питающихъ сосудовъ, (для чего онѣ должны быть предварительно расширены), то изъ собственныхъ нашихъ случаевъ вывесть ничего нельзя; но въ литературѣ имѣются кое какія краткія свѣдѣнія о вліяніи прилива крови вообще на питаніе ткани.

Schwiemmer [1]) утверждаетъ, что при вазомоторныхъ параличахъ и расширеніи сосудовъ наступаетъ притокъ увеличенный строительныхъ матеріаловъ, хотя и безпорядочный, и происходитъ увеличеніе роста даннаго образованія.

Разумовскій цитируетъ [2]) (повидимому Schiff'a) справку, отмѣчающую питательное вліяніе гипереміи на данную ткань: при перерѣзки вѣтви N. trigemini, именно ramus inframaxillaris, наступаетъ приливъ крови къ соотвѣтствующимъ частямъ языка, (движенія, благодаря цѣлости N. hypoglossi остаются неизмѣнными); въ дальнѣйшемъ обыкновенно наступала гипертрофія частей подвергавшихся гипереміи.

Cahen [3]) при невральгіяхъ тройничнаго нерва, сопровождающихся покрасненіемъ лица, вообще кровенаполненіемъ соотвѣтствующей области съ налитіемъ артерій, замѣтилъ, что при частыхъ таковыхъ припадкахъ происходилъ впослѣдствіи увеличенный ростъ соотвѣтствующихъ частей лица—даже волосы становятся толще и т. д.

Kossovitz [4]) послѣ перерѣзки сѣдалищнаго нерва у животныхъ находилъ утолщеніе эпифизовъ и увеличеніе вообще кости и объясняетъ это невропаралитической гипереміей.

Работавшій надъ тѣмъ-же процессомъ Nasse [4]) находилъ, что увеличенный ростъ въ такихъ случаяхъ есть результатъ прилива крови.

Лукьяновъ замѣчаетъ между прочимъ, что приливъ крови, «обусловливающій большую доставку питательнаго матеріала», влечетъ за собой, какъ слѣдствіе, что сосуды resp. стѣнки ихъ подвергаются гипертрофіи и гиперплазіи [5]). За то же значеніе прилива крови говоритъ, по мнѣнію автора, «гипертрофія почки, яичка или лимфатическихъ железъ, къ которымъ кровь притекаетъ долгое время въ превышающемъ норму количествѣ [6])». «Изслѣдованіе Penso показали, что повышеніе температуры способствуетъ развитію каріокинеза, (а вѣдь мы знаемъ что при артеріальной гипереміи температура данной части обыкновенно повышается)».

Тѣмъ не менѣе, авторъ согласенъ съ Самюэлемъ, «что питаніе клѣтки есть ея самостоятельный актъ [7]) жизнедѣятельности» и потому нужно придти къ заключенію, «что развитіе [8]) гипертрофіи въ участкахъ, находящихся болѣе или менѣе продолжительное время въ состояніи артеріальной гипереміи, не есть во всякомъ случаѣ явленіе постоянное, неразрывно связанное съ артеріальной гипереміей». Потребны, оче-

---

[1]) Корр. l. c.

[2]) Въ диссертаціи. l. c.

[3]) l. c.

[4]) Разумовскій l. c.

[5]) Общая патологія стр. 107.

[6]) Стр. 115.

[7]) ibidem 115.

[8]) ibidem 116.

видно, нѣкоторыя особенныя условія, осложняющія типическую картину артеріальной гипереміи для того, чтобы клѣтки получили толчекъ къ усиленному размноженію и разращенію».

Профессоръ Подвысоцкій [1]) замѣчаетъ, что, «если артеріальная гиперемія длится безостановочно и сопутствуетъ усиленному функціонированію органа или части, въ такомъ случаѣ могутъ наступать стойкія измѣненія въ ткани, таковы напр., гипертрофическія явленія, которыя наблюдаются въ стѣнкахъ малыхъ артерій при коллятеральномъ кровообращеніи»; «но вѣроятно однако, что primum movens утолщенія стѣнки лежитъ не въ гипереміи, но въ стимулѣ къ большей работѣ, выпадающей на долю малыхъ артерій».

Тотъ же авторъ въ другомъ мѣстѣ выражается о причинѣ размноженія клѣтокъ [2]), что таковая, по его мнѣнію, можетъ лежать помимо другихъ условій еще «въ неизрасходованномъ состояніи зародышевой способности къ росту, которая начинаетъ обнаруживаться подъ вліяніемъ иногда самыхъ незначительныхъ внѣшнихъ вліяній. Въ числѣ этихъ послѣднихъ преобладающее значеніе имѣетъ усиленный подвозъ питательнаго матеріала и по всему вѣроятію, раздражающее дѣйствіе на клѣтку химическихъ веществъ. «Усиленному питанію клѣтокъ содѣйствуетъ гиперемія [3])», а «увеличеніе питательнаго матеріала играетъ» «важную побудительную роль при образованіи новаго приплода клѣтокъ [3])». «Дѣйствіе же химическихъ раздражителей [4]) должно заключаться прежде всего въ томъ, что они побуждаютъ клѣтку и ядро усвоивать больше питательнаго матеріала изъ окружающей крови и изъ тканевыхъ соковъ».

Legros [5]) думаетъ, что вазомоторы вліяютъ на питаніе уменьшеніемъ или увеличеніемъ количества крови приводимаго къ данной ткани, органу, такъ что нервная система можетъ вліять на питаніе черезъ посредство крови. Но кромѣ того, раздраженіе даннаго нерва повышаетъ функцію управляемыхъ имъ элементовъ, а вслѣдствіе этого появляется и большая химическая дѣятельность и т. д., и т. д.

Изъ этихъ справокъ вытекаетъ, повидимому, что артеріальная гиперемія и способствуетъ лучшему питанію и даже размноженію элементовъ, въ территоріи которыхъ она происходитъ; но еще нуженъ извѣстный толчекъ извнѣ, чтобы эти процессы шли легче. Этотъ толчекъ по мнѣнію приведенныхъ же авторовъ, можетъ быть самый приливъ крови, работа даннаго органа, химическіе раздражители и можетъ быть, еще что либо, быть можетъ индивидуальное нѣчто для каждаго даннаго случая.

Существуютъ ли въ обстоятельствахъ интересующаго насъ вопроса такія данныя, которыя можно было бы считать достаточными возбудителями жизнедѣятельности отдѣльныхъ клѣтокъ стѣнки сосуда при одновременномъ усиленномъ подвозѣ питательныхъ веществъ расширенными vasa vasorum?

---

[1]) Общая патологія 1891 г. стр. 42.

[2]) ibidem стр. 329.

[3]) ibidem, 337.

[4]) ibidem, 330.

[5]) Des Nerfs vasomoteurs. 1873. P.

Въ томъ параграфѣ въ началѣ этой главы, гдѣ сообщались вкратцѣ нѣкоторыя гистологическія особенности инерваціи сосудовъ, приведенъ былъ цѣлый рядъ именъ изслѣдователей, отмѣчавшихъ и обиліе нервныхъ волоконъ и клѣтокъ въ сосудистой стѣнкѣ, и интимную связь окончаній этихъ аппаратовъ съ отдѣльными клѣтками послѣдней. Тамъ же были отмѣчены и соображенія позволяющія думать, что нервныя приспособленія эти, вызывающія соединенныя съ ними клѣтки къ той или иной дѣятельности, управляютъ и ихъ питаніемъ вообще; очень естественно допустить, что если дѣятельность этихъ нервныхъ единицъ искусственно или вслѣдствіе болѣзненныхъ причинъ повышена или извращена, то и питаніе въ соединенныхъ съ ними клѣткахъ тоже повысится resp. измѣнится. Что это дѣйствительно бываетъ такъ,—говоритъ тотъ длинный рядъ клиническихъ и лабораторныхъ наблюденій, гдѣ раздраженный такъ или иначе нервъ вызывалъ въ области его развѣтвленія различныя картины, въ томъ числѣ и кровоизліянія, и эти послѣднія легче всего было объяснить измѣненнымъ питаніемъ стѣнки т. е. отдѣльныхъ ея клѣтокъ. Отсюда уже вполнѣ возможно считать нервъ за такое приспособленіе, которое можетъ вызвать въ клѣткѣ извѣстный рядъ какихъ то жизненныхъ дѣятельностей. Что это вліяніе нерва можетъ создать 1) въ клѣткѣ эндотелія нѣкоторое измѣненіе ея частицъ, за это говоритъ наблюденіе Sihler'a, который удостовѣряетъ измѣненіе состава эндотеліальной клѣтки капилляра при раздраженіи соединеннаго съ послѣдней нерва и дѣлаетъ даже сравненіе дѣятельности нерва сосудистаго съ таковымъ же управляющимъ отдѣленіемъ железы, и находитъ сходство: м. б. подъ вліяніемъ раздраженія нерва составъ клѣтки капилляра мѣняется, такъже, какъ составъ отдѣлительной железистой клѣтки; 2) что такое же вліяніе нерва можетъ управлять питаніемъ другой, очень важной составной частью сосудистой стѣнки мышечной оболочкой,—можно сослаться на Конгейма [1]), который въ главѣ о трофическихъ нервахъ—въ мышцахъ поперечно полосатыхъ и гладкихъ, а также въ железистыхъ клѣткахъ видитъ наилучшіе примѣры тому, какъ нервъ можетъ регулировать питаніе клѣтки. Къ сожалѣнію, не имѣется никакихъ спеціальныхъ или аналогичныхъ свѣдѣній о питаніи tunicae adventitiae въ зависимости отъ нервныхъ вліяній.—Изъ приведенныхъ соображеній позволительно считать въ данномъ вопросѣ раздраженный страдающій нервъ за нѣкоторый индивидуальный раздражитель, (годный, можетъ быть, лишь въ данномъ случаѣ и) именно потому, что его жизнедѣятельность, а слѣдовательно и вліяніе на управляемыя имъ ткани измѣнено.

Извѣстнымъ возбудителемъ можно было бы считать нѣкоторые химическіе продукты, о которыхъ уже говоритъ Legros въ вышеприведенной справкѣ. По его мнѣнію раздраженіе нерва, передаваемое клѣткамъ, повышаетъ ихъ функцію, вызываетъ въ нихъ химическую дѣятельность; можетъ быть, что вырабатываемые при этомъ продукты такъ или иначе будутъ дѣйствовать и на самую производящую клѣтку и на ея сосѣдей;—раздраженіе же нерва въ нашихъ случаяхъ было несомнѣнно.

Другого сорта химическія вліянія отмѣчены еще Koster'омъ [2]) по поводу эндоартерита вообще; по автору, вслѣдъ за гипереміей vasa vasorum и цѣлаго ряда другихъ явленій, близкихъ къ картинѣ воспаленія въ стѣнкѣ,—начинаютъ страдать лимфатическіе пути, отвозящіе продукты распада,—а эти послѣдніе начинаютъ дѣятельно раздражать клѣточныя единицы сосудистой стѣнки.—Въ нашихъ же случаяхъ къ этому нужно еще прибавить замедленный оттокъ венозной крови, который можетъ имѣть только от-

---

[1]) Общая патологія стр. 437 и слѣдующія.

[2]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1876. Endarteritis. und Arteritis.

рицательное значеніе для удаленія тѣхъ же продуктовъ распада и благопріятное значеніе на накопленіе ихъ.

Цитированные выше авторы въ числѣ условій, дающихъ толчекъ къ размноженію клѣтокъ, ставятъ еще работу таковыхъ.—Извѣстная работа, къ сожалѣнію мало или вовсе не изученная, имѣется въ нашемъ вопросѣ въ самомъ состояніи расширенія просвѣта сосуда и притомъ имѣется даже два вида ея.

Во первыхъ: со стороны клѣточныхъ тѣлецъ, образующихъ стѣнку, нужно произвести извѣстное напряженіе, чтобы расширить просвѣтъ сосуда, а при длительномъ расширеніи—затрачивать дѣятельность на удержаніе просвѣта въ извѣстныхъ предѣлахъ.

Еще Cl. Bernard [1]) дѣлалъ предположеніе, что существуетъ особый механизмъ, непосредственно способствующій расширенію сосудовъ,—какъ бы растягивающій ихъ.

Goltz [2]) расщиреніе сосудовъ соотвѣтствующей стопы считаетъ за явленіе активное, зависящее отъ раздраженія сосудорасширяющихъ нервовъ.

Gaskel [3]) этотъ актъ объясняетъ поперечнымъ сокращеніемъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, заложенныхъ въ стѣнки и такимъ образомъ растягивающихъ resp. увеличивающихъ просвѣтъ сосуда, подъ вліяніемъ сосудо-расширяющихъ нервовъ.

Во вторыхъ, возникаетъ другой видъ работы, вѣроятно, исключающій первую, при совершившемся уже наполненіи кровью расширеннаго русла сосудовъ: отмѣчено, что расширеніе сосудовъ гл. об. мелкаго калибра вслѣдъ за перерѣзкой нерва (N. Ichiadici) влечетъ за собой повышеніе внутрисосудистаго давленія, которое должно постоянно оказывать расширяющее, давящее вліяніе переполняющей ихъ кровью, на стѣнку. Между тѣмъ, по наблюденіямъ Разумовскаго [4]) Левашева [5]) и другихъ цитируемыхъ послѣднимъ авторовъ Hinzing'a, Gergens'a, Weber'a, Schiff'a, Brunton'a, изъ наблюденій также Остроумова [6]) видно, что, послѣ перерѣзки приводящаго нерва, сосуды вовсе не теряютъ способности сокращаться:—игра просвѣта продолжается. Причина этихъ дѣятельныхъ состояній отдѣльныхъ клѣтокъ, образующихъ стѣнку сосуда, по авторамъ, нужно искать въ гангліозныхъ нервныхъ единицахъ и сплетеніяхъ ихъ, которыя заложены въ стѣнкѣ между клѣтками и, разобщенныя отъ управляющихъ ими образованій искусственно или вслѣдствіе болѣзни, постепенно принимаютъ на себя обязанность управлять дѣятельностью подчиненныхъ имъ клѣтокъ. Какъ велико усиліе, производимое клѣтками, чтобы не только сохранить извѣстный просвѣтъ, но даже съуживать его — при повышенномъ внутрисосудистомъ давленіи—при увеличенномъ, слѣдовательно, препятствіи,—вопросъ не выясненный, но во всякомъ случаѣ дѣятельное состояніе отдѣльныхъ клѣтокъ стѣнки при этомъ можно опредѣлить, какъ работу.

Приводимыя соображенія позволяютъ думать, что изъ числа немногихъ дѣятелей, требующихся, по авторамъ, для возникновенія въ опредѣленной области явленій размноженія и разращенія клѣтокъ въ нашемъ вопросѣ, какъ таковые возбудители могутъ быть признаны.

1) Приливъ крови.

---

[1]) Лауденбахъ: сосудодвигательная система стр. 64.

[2]) ibidem стр. 22.

[3]) ibidem стр. 36.

[4]) ibidem стр. 26.

[5]) Вліяніе перерѣзки N. Ichiadici и т. д. Диссертація.

[6]) Архивъ клиники Боткина; томъ V; матер. ученія о просвѣтѣ.

2) Нѣкоторое раздраженіе—вслѣдствіе ли перерожденія перерѣзанныхъ нервныхъ волоконъ или при полной ихъ цѣлости—возбужденія какимъ либо инымъ образомъ,—проникающее до тѣхъ клѣтокъ, съ которыми данные нервы соединены.

3) Химическія вещества, возникающія a) возможнымъ образомъ въ возбуждаемыхъ клѣткахъ вслѣдствіе раздраженія нерва, b)—какъ отбросы питанія и жизнедѣятельности составныхъ частей стѣнки и накопляющіяся среди тканей ея, благодаря страданію отводящихъ лимфатическихъ путей и замедленному оттоку венозной крови.

4) Та, во первыхъ—очень трудно измѣримая, но *безспорная работа*, которая производится отдѣльными составными тѣльцами сосудистой стѣнки въ усиліяхъ не только сохранить расширенный просвѣтъ въ прежнихъ размѣрахъ, не смотря на растягивающія его пассивно силы повышеннаго кровянаго давленія, но и производить еще дѣятельныя движенія съ цѣлью съузить его; та, во вторыхъ, *предполагаемая* работа, которая получается при дѣятельныхъ усиліяхъ отдѣльныхъ клѣтокъ стѣнки, въ началѣ расширенія стѣнки и—постоянномъ поддержаніи прежняго просвѣта потомъ, до наполненія образованныхъ этимъ путемъ лишнихъ помѣщеній кровью.

5) Какимъ образомъ вліяетъ на питаніе сосудистой стѣнки другое состояніе vasa vasorum:—не съ расширеннымъ просвѣтомъ, а напротивъ *съуженнымъ*,—не въ состояніи ихъ переполненія кровью, а наоборотъ при *запустѣніи* ихъ,—короче—при *periendoarteriolitis*?

Изъ работъ многихъ авторовъ (Martin, Houchard, Koster, Letulle и др., цитируемыхъ во второй главѣ ниже,) слѣдуетъ, что при съуженіи русла vasa vasorum—питаніе стѣнки страдаетъ больше всего въ той части ея, гдѣ и физіологически оно хуже т. е. въ глубокихъ слояхъ intimae. Лишенныя питанія нѣкоторыя клѣтки эндотелія жирно перерождаются и погибаютъ, одновременно съ этимъ возникаютъ соединительнотканныя клѣтки, которыя начинаютъ разростаться и вмѣстѣ съ уцѣлѣвшими клѣтками эндотелія, тоже принимающаго большое участіе въ разростаніи, съуживаютъ просвѣтъ сосуда.

K

Наибольшее и притомъ, вѣроятно, прямое вліяніе на сосудистую стѣнку производятъ периферическіе больные нервы содержаніемъ въ нихъ волоконъ вазомоторныхъ; чувствительныя же волокна и двигательныя участвуютъ лишь косвенно и второстепенно.

Составъ периферическихъ нервовъ большею частью сложный;—смѣшанные нервы, къ числу которыхъ принадлежитъ большинство периферическихъ нервовъ, состоятъ изъ двигательныхъ, чувствительныхъ нитей и вазомоторовъ. Которымъ изъ этихъ трехъ различныхъ по дѣятельности нитей заболѣвшаго нерва принадлежитъ при заболѣваніи причинная дѣятельность въ развитіи страданія сосудовъ?

Изъ теоретическихъ соображеній исходя, пришлось-бы допустить, что несмотря на то, что весь нервъ во всемъ своемъ составѣ пора-

женъ;—все таки вліяніе его на сосуды сказывается лишь настолько, насколько онъ содержитъ вазомоторы, управляющіе сосудами въ его области и притомъ на столько, насколько онъ богатъ сосудо-расширителями. И обратно: раздраженіе—*заболѣваніе только нерва, который содержитъ сосудорасширители* и притомъ такое раздраженіе, которое возбуждало бы и расширяющіе сосудодвигатели, *можетъ вызвать заболѣваніе сосудовъ.* Невыполненіе этого условія можетъ дѣлать неудачнымъ опытъ,—что́ можетъ быть и было причиной не успѣха Schnell'я [1]), который, желая повторить опыты Левашева, Giovanni и др., не получилъ никакихъ результатовъ.

Это теоретическое предположеніе совершенно оправдывается наблюденіемъ.

1) Страданіе нерва, повлекшее въ нашихъ случаяхъ и въ случаяхъ, взятыхъ изъ литературы, заболѣваніе сосудовъ,—сопровождалось —измѣненіемъ цвѣта покрововъ—въ ціанотическій, повышеніемъ температуры данной области, расширеніемъ сосудовъ и т. д;—все же это происходитъ вліяніемъ вазомоторовъ и какъ уже установлено, (расширеніе русла) служитъ предрасполагающей причиной къ перерожденію сосудовъ.

2) Какъ въ нашихъ случаяхъ, такъ и въ случаяхъ, взятыхъ изъ литературы, нервъ сѣдалищный напр., былъ пораженъ или весь, или мѣстно, но пораженіе всегда тянулось высоко (напр. въ случаѣ Duplay et Morat—сдавленъ нервъ опухолью близъ выхода его изъ таза, или, какъ въ случаѣ Куд—цкаго ущемленъ въ области ягодицы, въ случаѣ Тарана—атрофія ягодичныхъ мышцъ позволяла предполагать высокое пораженіе, или въ случаяхъ Левашева и Gley et Mathieu и др. раздраженіе наносилось въ области ягодицъ), такъ что ожидать и явленій послѣдовательныхъ—отекъ, синюха, расширеніе и перерожденіе сосудовъ—нужно было-бы, собственно говоря, во всей области нерва;—между тѣмъ всѣ эти явленія ограничились лишь лапой или стопой, вообще отдаленными частями конечности и только или главнымъ образомъ мелкими сосудами; это же обстоятельство—игра сосудовъ и ихъ пораженіе въ удаленныхъ областяхъ тѣла—говоритъ только въ въ пользу того, что рѣшающее вліяніе на страданіе сосудовъ имѣли вазомоторы.

Ибо, во первыхъ, какъ отмѣтили еще Legros, Vulpian и др., вліяніе сосудодвигателей сказывается наибольшимъ образомъ на мелкихъ сосудахъ; во вторыхъ-же, какъ доказалъ докторъ Левашевъ [2]) рядомъ опыт-

---

[1]) Archives de Phisiologie. 1888. Gley et Mathieu: Troubles trophiques.

[2]) Архивъ Боткина. V. I. с.

ныхъ изслѣдованій,—дѣйствіе сосудодвигательной нервной системы сказывается наиболѣе выраженнымъ образомъ въ областяхъ тѣла, наиболѣе удаленныхъ, а на рукахъ и ногахъ—въ конечныхъ ихъ частяхъ. Вотъ почему пораженными оказываются сосуды кисти стопы и лапы, какъ самые удаленные и наилучше управляемые сосудодвигателями, а атрофіи мышцъ, какъ зависящія отъ двигательныхъ нитей, и чувствительность, точно также какъ и двигательная способность поражены и на ягодицахъ.

Имѣютъ ли причинное вліяніе на заболѣваніе сосудовъ также *чувствительные нити*, текущіе въ данномъ нервѣ?

Если и имѣютъ, то лишь косвенное: а именно, во 1, такъ какъ раздраженіе чувствительнаго нерва вызываетъ боль и боль, эта можетъ увеличиваться при движеніи,—то животное принуждено щадить конечность отъ всякихъ движеній,—покой-же благопріятствуетъ медленности теченія крови,—а это обстоятельство, есть одна изъ причинъ эндоартерита.

2) При значительно ушедшемъ впередъ перерожденіи нерва—невритѣ, можетъ развиться нечувствительность въ данной конечности до невозможности защитить ее, предупредить возможные удары, раненіе и т. д., а эти случайности могутъ вліять только въ смыслѣ благопріятномъ перерожденію стѣнки сосудовъ: проф. Ивановскій [1]) въ числѣ причинъ хроническаго эндоартерита ставитъ механическія вліянія, въ томъ числѣ и ушибы.

3) Въ стѣнкѣ сосудовъ, какъ извѣстно, заложены Пачиніевы тѣльца, которыя, какъ думаетъ прф. Thoma, играютъ роль предохранительныхъ аппаратовъ противъ слишкомъ значительнаго расширенія сосудистаго просвѣта, передавая получаемое ими раздраженіе при большомъ растяженіи стѣнки на сосудосъуживатели, которые и регулируютъ просвѣтъ. Если-бы оказалось, что это раздраженіе съ Пачиніевыхъ тѣлецъ для того, чтобы передаться на сосудодвигатели, должно-бы было прсйти по чувствительнымъ волокнамъ, заложеннымъ въ страдающемъ нервѣ,—то въ случаѣ перерожденія ихъ—чувствительныхъ волоконъ въ этомъ послѣднемъ—исчезъ-бы способъ самозащиты артерій.

Точно также *ограничена лишь косвеннымъ участіемъ и дѣятельность двигательныхъ волоконъ*, заложенныхъ въ страдающемъ нервѣ.

Въ случаѣ перерожденія ихъ—создается неподвижность конечности, а вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшаются средства и къ увеличенію скорости

---

[1]) Частная Патологическая Анатомія. 1888 г. Стр. 39.

артеріальной крови и къ удаленію венозной крови—благопріятное условіе къ замедленію ея теченія, а это послѣднее, какъ уже выяснено, есть одно изъ обстоятельствъ, благопріятствующихъ перерожденію сосудовъ.

Мы должны еще отмѣтить, что изъ имѣющихся въ литературѣ наблюденій видно, что не только раздраженіе приводящаго нерва сопровождается явленіями перерожденія сосуда, но также и перерѣзка его вызываетъ извѣстныя измѣненія сосудистой стѣнки.

Правда: 1) перерѣзанный нервъ, перерождаясь, находится въ состояніи извѣстнаго раздраженія, передаваемаго на клѣточныя единицы, съ которыми онъ соединенъ и въ этомъ отношеніи получается большее или меньшее равенство=сходство съ таковымъ-же раздраженіемъ неперерѣзаннаго нерва;

2) послѣ перерѣзки нерва наступаетъ длительное по Schiff'y, Остроумову[1]) и др. почти никогда вполнѣ невыравнивающееся расширеніе сосудовъ въ области его развѣтвленія;

3) эти же два обстоятельства, вмѣстѣ съ параличемъ произвольной мускулатуры конечности, потерей чувствительности и т. д. установляютъ почти весь полный кругъ вредностей—замедленіе тока крови въ расширенномъ руслѣ и. т. д.—получающійся и при раздраженіи нерва.

Быть можетъ, вслѣдствіе этого, конечные результаты этихъ различныхъ по своему существу условій обращенія съ нервомъ оказываются тожественными: и при той, и при другой формѣ наложенія опыта—послѣдствія съ артеріями—перерожденіе ихъ въ формѣ эндоартерита.

L.

Заключеніе.

Ввиду того, что—и при условіяхъ раздраженія нерва, ради опыта, въ лабораторіяхъ, такъ и—въ клиникахъ, вслѣдствіе заболѣванія его—въ формѣ неврита, или невралгіи,—сосуды каждый разъ участвовали въ общей картинѣ страданія и это выражалось, какъ и въ клиникахъ, такъ и при искусственно вызванномъ страданіи нерва,—явленіями почти тождественными, а именно:—*измѣненіемъ температуры* удаленныхъ частей конечности, *измѣненіемъ цвѣта ихъ*, увеличеніемъ объема—*отекомъ* этихъ-же удаленныхъ частей и наконецъ—явленіями *кровоизліянія* подъ кожу въ тѣхъ-же удаленныхъ участкахъ.

---

[1]) Разумовскій. l. c.

Объясненіе къ таблицѣ I.

Прилагаемые рисунки представляютъ микрофотограммы, сдѣланныя магистромъ фармаціи Берггольцемъ (Петербургъ).

Рисунки 1, 2 и 4 сняты съ препаратовъ отъ больного Лущ—ука; 3—5 отъ Гольде—га.

Рис. 1-й.

а) и b) то-же, что на рисункѣ 2-мъ.

c) Небольшая артерійка съ проходимымъ просвѣтомъ, подвозящая питаніе къ данной мѣстности.

Рис. 2-й.

а) Невритъ (первичный); околопучковая ткань не измѣнена; полость ея выполнена веретенообразными ядрами; мозговое влагалище около нервныхъ волоконъ, (окрашено осміевой кислотой), вовсе не видно.

b) Тоненькій сосудецъ, набитый кровяными шариками; стѣнка его утолщена, содержитъ крупныя ядра.

d) Ряды проростающихъ ткань клѣтокъ.

Рис. 4-й.

b) Разрѣзъ артеріи, просвѣтъ которой выполненъ новообразованной тканью, исходящей изъ intima.

f) Vasa vasorum ея—расширены, наполнены кровью; число ихъ увеличено.

i) Ядра, проростающія въ окружающую vasa vasorum ткань.

е) Кровоизліяніе;—площадь его прорѣзана рядами клѣтокъ,—отвѣчающихъ ходу новообразованныхъ капилляровъ.

Рис. 3-й.

Кусочекъ нерва изъ стопы, омертвѣвшей вслѣдствіе первичнаго endoarteritis obliterans большихъ и малыхъ артерій голени;—препаратъ сдѣланъ изъ ткани на границѣ омертвѣнія;

б) Надпучковая ткань нерва сильно утолщена; проростаніе ея ядрами мало выражено.

а) Внутри-пучковая ткань сильно утолщена, проростаніе ея ядрами почти вовсе не выражено; отдѣльныя нервныя волокна содержатъ хорошо сохранившееся мозговое влагалище, но раздвинуты другъ отъ друга и сдавлены утолщенной внутрипучковой тканью.

b) Vasa nervorum—растянуты и густо наполнены кровяными шариками.

Рис. 5-й.

Окраска по Pall'ю показываетъ:

а) что мозговое влагалище хорошо сохранилось, хотя попадаются очень тонкія волоконца, задавленныя и раздвинутыя утолщенной внутрипучковой тканью,

b) сосуды нервнаго влагалища переполнены кровью.

Таблица 1

рис. 1

a в c

рис. 2

d в a

рис. 3

a в a в a c

рис. 4

e в f i

рис. 5.

в a в

Объясненіе къ таблицѣ II.

Рис. 2 и 3 — микрофотограммы магистра А. Берггольца (Петерб.).

Рис. 1, 2 и 3 сдѣланы съ препаратовъ отъ больного Меклера,

Рис. 1-й.

a) Поперечное сѣченіе нерва; внутрипучковая ткань его обильна соединительно-тканными волокнами, идущими въ направленіи къ перегородкѣ отъ околопучковой ткани; число нервныхъ волоконъ, несущихъ мозговое влагалище, въ одной изъ половинъ нерва, рѣзко уменьшено, особенно по периферіи его близь стѣнки perinervium, въ томъ мѣстѣ, гдѣ число соединительно-тканныхъ волоконъ умножено; въ другой половинѣ нерва,—хотя міэлиновыхъ волоконъ и немного больше, всетаки число ихъ очень уменьшено.

b) Внутри нервнаго пучка разбросаны крупныя ядра въ большемъ противъ нормы количествѣ.

c) Сѣченіе поперечное небольшой артерійки,—стѣнка ея утолщена, содержитъ крупныя ядра, просвѣтъ съуженъ.

d) Маленькій сосудецъ, стѣнки котораго представляютъ скопленіе многочисленныхъ ядеръ, заходящихъ въ сосѣднюю ткань и съуживающихъ просвѣтъ самаго сосудца.

Рис. 2-й.

a) Поперечное сѣченіе нерва; число міэлиновыхъ волоконъ уменьшено; ядра различныхъ формъ проростаютъ его въ различныхъ направленіяхъ.

b) Поперечное сѣченіе артерійки; разростаніе intimae ея отчетливо по внѣшнему виду ея ядеръ, попавшихъ въ поперечный разрѣзъ и имѣющихъ совершенно иную форму(круглую) и направленіе(вдоль сосуда), чѣмъ ядра мышечной оболочки (длинныя веретенообразныя, идущія концентрически); просвѣтъ сосуда съуженъ разросшимися клѣточными единицами intimae, принялъ щелеобразную форму.

c) Остатки пигмента.

f) Скопленіе новообразованныхъ клѣтокъ.

Рис. 3-й.

a) Скопленіе пигмента — слѣды прежнихъ всосавшихся кровоизліяній.

Таблица II

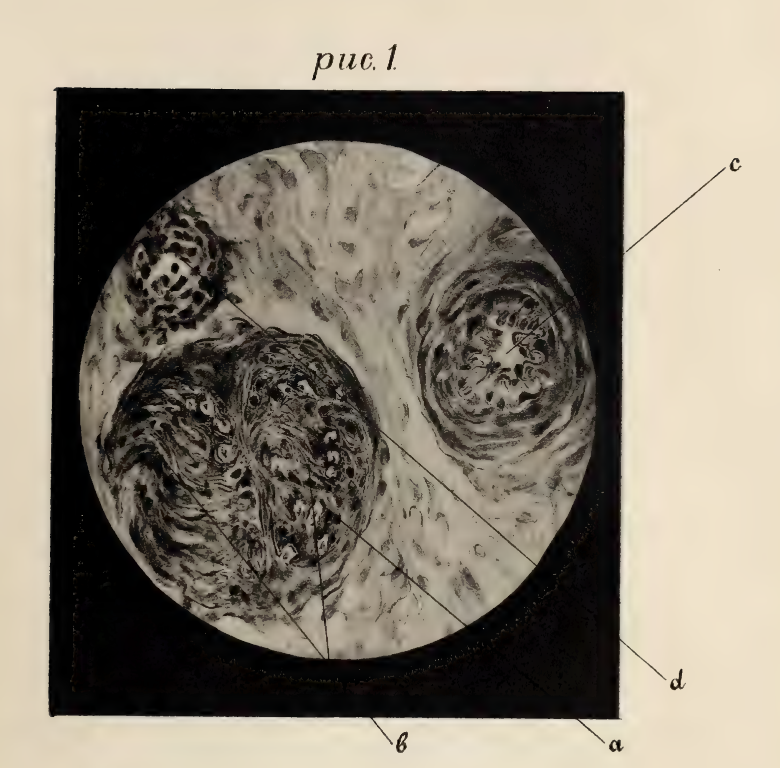


рис. 3.

рис. 2.

a

f a в c

На основанiи того, что въ цѣломъ рядѣ наблюденiй *раздраженiя* resp. *длительныхъ заболѣванiяхъ нерва*—и въ лабораторiяхъ, и въ клиникахъ, — наблюденiй, провѣренныхъ вскрытiемъ съ макроскопическимъ или микроскопическимъ изслѣдованiемъ,—*оказалось перерожденiе сосудистой стѣнки, при возможности исключить* всѣ *вредныя причины* къ этому *кромѣ* страданiя или раздраженiя *нерва*.

На основанiи того, что до сихъ поръ *добытое путемъ искусственнаго раздраженiя* только нерва—въ смыслѣ измѣненiй сосудистой стѣнки—*отвѣчаетъ, подтверждаетъ* совершенно *клиническiя наблюденiя*.

На основанiи уже только этихъ данныхъ и многихъ другихъ, приведенныхъ или вытекающихъ изъ этой главы, является позволительнымъ думать, что *длительныя страданiя нервовъ можно поставить въ ряду другихъ причинныхъ дѣятелей, вызывающихъ заболѣванiе сосудистой стѣнки*; (но только въ области развѣтвленiя этихъ нервовъ).

Развитiе-же перерожденiя стѣнки *происходитъ*, на основанiи имѣющихся литературныхъ свѣдѣнiй, такимъ путемъ, что *раздраженiе* содержащихся въ нервѣ *сосудорасширителей—вызываетъ увеличенiе просвѣта сосудовъ* въ удаленныхъ частяхъ конечности въ томъ числѣ и *vasa vasorum* тѣхъ мѣстъ; возникающее вслѣдствiе этого длительнаго расширенiя сосудовъ—*замедленiе тока крови* точно также, какъ и измѣненное состоянiе—*переполненiе кровью vasa vasorum* и *увеличенiе просвѣта ихъ*—создаютъ рядъ условiй для возникновенiя разстройства роста питающихъ сосудцевъ, питанiя стѣнки сосуда вообще и роста внутреннихъ слоевъ intimae.

Раздраженiе нервныхъ волоконъ, оканчивающихся *въ клѣточныхъ единицахъ стѣнки* сосуда, *рядъ химическихъ веществъ*, накопляющихся въ самой стѣнкѣ, и извѣстная *работа*, производимая клѣтками сосудистой стѣнки съ цѣлью сохранить извѣстный просвѣтъ при увеличившемся препятствiи,—эти три условiя совмѣстно съ значительнымъ *приливомъ крови* въ первое время къ данному мѣсту и отсутствiемъ ея—*уменьшенiемъ въ* послѣдующее время — *можетъ быть служатъ ближайшими возбудителями* размноженiя новыхъ клѣтокъ, на счетъ которыхъ и совершаются главнѣйшiя измѣненiя въ страдающихъ участкахъ, какъ сосудовъ, такъ и окружающей ткани.

Значеніе болѣзненной наслѣдственности въ этіологіи прогрессивнаго паралича.

Врача Я. П. Горшкова.

По предложенію профессора И. А. Сикорскаго, мы занялись изслѣдованіемъ и описаніемъ приводимаго случая болѣзни, который представляетъ собой интересъ въ этіологическомъ отношеніи.

Въ нервной патологіи встрѣчаются иногда случаи заболѣваній, гдѣ, какъ въ нашемъ случаѣ, довольно затруднительно или даже почти не возможно отыскать ближайшую причину страданія: болѣзнь какъ будто бы появилась сама собой, безъ всякой видимой причины. Намъ кажется, что въ такихъ заболѣваніяхъ, лучше всего обратить надлежащее вниманіе на прирожденную организацію больного. Придавая большое значеніе природнымъ особенностямъ, мы рѣшились представить описаніе наблюдаемаго нами одного случая прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, гдѣ ближайшей причиной болѣзни является порочное развитіе тѣла.

Въ отдѣленіе душевныхъ болѣзней Кіевскаго военнаго госпиталя былъ доставленъ больной съ рѣзко выраженными признаками душевнаго разстройства. Больной N. N. оберъ офицеръ, 41 года, дворянинъ, уроженецъ С.-Петербургской губ., православнаго вѣроисповѣданія, женатъ, дѣтей не имѣетъ. Отецъ больного, по разсказамъ его родственниковъ, тоже происходилъ изъ военнаго сословія и состоялъ въ полку штабъ-офицеромъ. Онъ велъ довольно разгульную жизнь и злоупотреблялъ спиртными напитками, сифилиса не имѣлъ, отличался довольно крѣпкимъ тѣлосложеніемъ и хорошимъ здоровьемъ и до смерти почти никакими болѣзнями не страдалъ; на 50 году своей жизни умеръ отъ апоплексіи. Мать больного, тоже уроженка С.-Петербургской губ., была низкаго роста, отмѣчалась слабымъ тѣлосложеніемъ и болѣзненностью; она страдала истерическими припадками и была очень раздражительна. Она постоянно страдала насморкомъ и кашлемъ, легко подвергалась простудѣ и на 35 году жизни умерла отъ какой-то грудной болѣзни

съ сильнымъ истощенiемъ тѣла (по всей вѣроятности, отъ чахотки). Родной братъ матери умеръ въ психiатрической больницѣ отъ душевнаго разстройства. Старшiй братъ больного холостъ, отличается слабымъ здоровьемъ, постоянно лѣчится отъ различныхъ болѣзней; въ своей жизни онъ нѣсколько разъ мѣнялъ служебное положенiе и вообще проявлялъ странности въ характерѣ. Другой старшiй братъ умеръ въ дѣтствѣ отъ какого то мозгового страданiя. Одна сестра больного замужемъ, а другая въ гувернанткахъ; обѣ имѣютъ слабое тѣлосложенiе и плохое здоровье. Относительно другихъ родственниковъ больного свѣдѣнiй нѣтъ.

Больной съ дѣтства не пользовался хорошимъ здоровьемъ; онъ вскармливался искусственно и, по словамъ родственниковъ, былъ золотушнымъ, страдалъ различными дѣтскими болѣзнями, главнымъ образомъ болѣзнями дыхательныхъ путей. Онъ позже обыкновеннаго началъ ходить и говорить; говорилъ онъ всегда съ заиканiемъ, затрудняясь въ произношенiи звука *а* и *о*, напр., говорилъ: *за-а-а-мѣчательно* вмѣсто *замѣчательно*. Въ возбужденномъ состоянiи этотъ недостатокъ бывалъ еще болѣе замѣтенъ. Наряду съ неправильностями физическаго развитiя замѣчались психическiя ненормальности, именно уже въ дѣтствѣ нашъ больной отличался застѣнчивостью, а иногда, на оборотъ, поражалъ всѣхъ своею безцеремонностью. Первое время его ученiе подвигалось довольно плохо; но при поступленiи въ гимназiю онъ сначала хорошо учился, а потомъ бросилъ ученiе и вышелъ изъ гимназiи. Дома съ нимъ занимался учитель и приготовилъ его въ юнкерское училище, которое съ трудомъ ему удалось окончить; на военной службѣ онъ состоитъ до настоящаго времени. Еще въ дѣтствѣ больной началъ проявлять нѣкоторыя странности въ своемъ характерѣ, а съ теченiемъ времени эти странности все болѣе и болѣе увеличивались, такъ что въ зрѣломъ возрастѣ его стали считать «чудакомъ» или даже «психопатомъ». Странности заключались, по разсказамъ родственниковъ, главнымъ образомъ въ неровностяхъ его характера. Больной и въ дѣтствѣ и въ зрѣломъ возрастѣ бывалъ напр. въ теченiе извѣстнаго перiода времени (мѣсяцъ—два) очень угрюмъ, любилъ уединенiе, избѣгалъ общества, много читалъ, занимался и вообще къ чему-то стремился. Этотъ перiодъ обыкновенно смѣнялся другимъ, почти противоположнымъ. Больной бросалъ книги, становился веселымъ, постоянно бывалъ въ обществѣ, увлекался различными играми и т. п. Довольно часто больной задавался разными мечтательными планами и надеждами, для чего онъ начиналъ усиленно заниматься науками, а затѣмъ бросалъ ихъ совсѣмъ. Много разъ онъ переводился изъ одного полка въ другой и вообще любилъ бродячiй образъ жизни; даже квартиру часто мѣнялъ. Такимъ же точно непостоянствомъ характера больной отличался

и на службѣ: то онъ начиналъ готовиться въ академію, никуда не ходилъ, сидѣлъ дома за книгами, то, наоборотъ, часто бывалъ въ обществѣ, увлекался картами, ухаживалъ за женщинами и т. п. Спиртныхъ напитковъ онъ не употреблялъ, да и совершенно не могъ пить, такъ какъ алкоголь оказывалъ на него довольно сильное вліяніе: отъ одной рюмки у него наступало уже быстрое опьяненіе, выражавшееся или наклонностью ко сну, или возбужденіемъ. Хотя онъ самъ и не употреблялъ спиртныхъ напитковъ, однако, благодаря своей безхарактерности, въ обществѣ легко поддавался вліянію другихъ, выпивалъ одну—другую рюмку, а послѣ этого чувствовалъ себя всегда очень скверно.

Больной любилъ иногда веселье; поэтому, когда у него появлялось желаніе развлечься, больной обыкновенно приглашалъ къ себѣ товарищей, устраивалъ попойки, угощалъ ихъ, но самъ при этомъ не пилъ. Что-же касается куренія, то и въ этомъ отношеніи у него замѣтно было непостоянство: то онъ совершенно переставалъ курить, то снова начиналъ курить и курилъ запоемъ (папиросу за папиросой до одурѣнія). Половую жизнь началъ на 20 году; въ этомъ отношеніи бывалъ по большей части воздержанъ, хотя иногда предавался разгулу. Опасаясь заразиться, онъ избѣгалъ притоновъ разврата, а сходился съ какой-нибудь особой и жилъ съ ней «гражданскимъ бракомъ». Сифилисомъ больной не страдалъ; ни подозрительныхъ сыпей на тѣлѣ онъ никогда не имѣлъ, ни ртутью не лечился. Мы неоднократно показывали этого больного сифилидологамъ; но они не нашли никакихъ указаній на сифилисъ. Больной два раза въ своей жизни переносилъ воспаленіе легкихъ, страдалъ катарромъ желудка и кишекъ и больше другихъ болѣзней не имѣлъ.

Характеръ больного въ общемъ былъ тихій и спокойный, но больной легко раздражался, выходилъ изъ себя, сердился, а въ такихъ случаяхъ не былъ даже въ состояніи владѣть собою и прибѣгалъ не рѣдко къ грубой силѣ. Женился больной на 35 году своей жизни, а женившись сталъ еще болѣе проявлять различныя странности и чудачества: отличаясь не разговорчивымъ и молчаливымъ характеромъ, больной продолжалъ вести замкнутую жизнь, разнообразя ее по временамъ устраиваніемъ у себя вечеровъ и попоекъ. Съ своей женой больной то бывалъ черезъ чуръ нѣженъ, то до крайности грубъ, придирался къ каждой мелочи и часто прибѣгалъ даже къ побоямъ. Онъ иногда бывалъ равнодушенъ ко всему, а иногда чрезвычайно мелоченъ. Увлекаясь хозяйствомъ, онъ нерѣдко пріобрѣталъ массу разныхъ бездѣлушекъ, тщательно размѣщая ихъ по комнатамъ и т. п. По временамъ онъ любилъ читать газеты и книги беллетристическаго содержанія. Кромѣ казеннаго содержанія, никакихъ другихъ средствъ къ жизни больной не имѣлъ.

Такъ протекла жизнь больного до послѣдняго времени и окружающіе его, и сослуживцы продолжали по прежнему считать его человѣкомъ страннымъ, чудакомъ, но относились, къ нему довольно снисходительно; его ближайшее начальство тоже не придавало значенія особенностямъ его характера. Настоящая болѣзнь началась такимъ обр. что странности, которыми онъ и раньше отличался, стали усиливаться: больной началъ больше обыкновеннаго заикаться, какъ будто бы онъ сдѣлался болѣе раздражительнымъ, чаще сталъ ссориться съ женою, больше бездѣлушекъ сталъ пріобрѣтать, чѣмъ прежде, сдѣлался болѣе мелочнымъ и пр.; но окружающіе всетаки продолжали не обращать на это должнаго вниманія. Однажды появилось у больнаго, по оффиціальному донесенію, сильное возбужденіе, раздражительность, наклонность къ противодѣйствію и буйству. Больной объявилъ себя императоромъ, требовалъ надлежащаго почета, началъ отдавать приказанія, сердился, ругалъ всѣхъ, такъ что пришлось употребить силу, чтобы удержать его. Тогда только окружающіе стали припоминать, что у больного давно уже замѣчалось ослабленіе голоса, затрудненная несвязная рѣчь, медленная сообразительность и разсѣянность, слабость въ рукахъ и ногахъ; но такъ какъ больной велъ вообще довольно замкнутую жизнь, то его сослуживцы какъ то не обращали на это вниманія; поэтому онъ до послѣдняго времени, уже, такъ сказать, въ самый разгаръ болѣзни все еще продолжалъ оставаться на службѣ, а когда появились припадки сильнѣйшаго возбужденія въ присутствіи начальства, больной на другой же день былъ немедленно доставленъ въ Кіевскій военный госпиталь.

Больной низкаго роста (1530 мм.), слабаго тѣлосложенія и недостаточнаго питанія; подкожный жирный слой почти отсутствуетъ; видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Волосы на головѣ свѣтло-русые, гладкіе, прямые, коротко остриженные; на боковыхъ частяхъ темянныхъ областей волосы отъ природы отсутствуютъ, усы гладкіе, рыжеватые, рѣдкіе, средней длины. Борода представляется въ видѣ небольшого клочка волосъ на подбородкѣ; эти волосы темнорусаго цвѣта, гладкіе, прямые и рѣдкіе. На кожѣ правой щеки растительность отъ природы отсутствуетъ; замѣтенъ только небольшой пушекъ; на лѣвой— въ области околоушной железы расположенъ пучекъ волосъ чернаго цвѣта, очень рѣдкихъ и тоже гладкихъ. На тѣлѣ волосъ очень мало; свѣтлорусые маленькіе волосы разбросаны въ небольшомъ количествѣ на конечностяхъ; на лобкѣ волосы рыжіе и рѣдкіе. Глаза издали представляются зелеными, а вблизи оказываются состоящими изъ голубоватой радужной оболочки, пронизанной лучеобразно расположенными нитями желтаго пигмента, сливающагося вокругъ зрачка въ желтоватый ободокъ; верхній отрѣзокъ радужной оболочки отличается замѣт-

но болѣе желтоватымъ оттѣнкомъ; отъ лѣваго зрачка на радужной оболочкѣ идетъ расширяясь внизъ къ краю роговицы небольшой треугольникъ желтоватого цвѣта (цвѣтная coloboma iridis). Зрачки неравномѣрны, съужены, почти не реагируютъ на цвѣтъ и на приспобленіе; лѣвый зрачекъ съуженъ болѣе и представляется удлиненнымъ; кожа гладкая, бѣлаго, цвѣта упругость кожи незначительная; кожа легко захватывается въ складки; язвъ и рубцевъ на ней не замѣтно. Подкожныя вены на конечностяхъ и животѣ рѣзко просвѣчиваютъ въ видѣ синеватыхъ полосъ и шнурковъ; на лѣвой голени спереди довольно ясно выражены узловатыя расширенія венъ, на правой голени въ меньшей степени; мѣстами (напр. на задней поверхности голеней, на правой щекѣ) замѣтны мелкіе, древовидно-расширенные подкожные кровеносные сосуды. Голова короткая, небольшой величины. Лобъ убѣгающій, плоскій и расплывающійся (виски идутъ выпукло въ стороны). Лобные бугры не развиты, надбрывныя дуги не выдаются. Темя плоское, равномѣрно подымающееся отъ лба кверху и также спукающееся къ затылку. Затылокъ округлый равномѣрно во всѣхъ частяхъ и слегка выдающійся конически средней частью; наружный затылочный бугоръ сильно выраженъ. Лице съуживающееся книзу, лѣвая половина лица по своей мускулатурѣ слабѣе правой, и лѣвая носо-губная складка расположена болѣе вертикально въ сравненіи съ правой. Кожа на лбу значительно сморщена и покрыта рядомъ горизонтальныхъ складокъ. При различныхъ мимическихъ движеніяхъ лѣвая половина лица сильно отстаетъ. Носъ съ невысокой спинкой, рѣзко очерченный съ боковъ у щекъ, прямой, узкій, слегка искривленный выпуклостью влѣво. Уши средней величины, сформированы неправильно; отдѣльныя части наружнаго уха недостаточно ясно разграничены; въ правомъ ухѣ совершенно отсутствуетъ ушная сережка и ушная раковина непосредственно переходитъ въ окружающую кожу; въ лѣвомъ ухѣ недоразвившася ушная сережка представляется въ видѣ небольшого валика. Глаза небольшіе, углублены, расположены по горизонтальной линіи; складокъ у внутренняго угла глаза нѣтъ. Ротъ средней величины, губы тонкія; нёбо своеобразное, узкое, на верней челюсти зубы мелкіе, рѣдкіе.

Измѣрительное изслѣдованіе въ миллиметрахъ даетъ слѣдующіе результаты:

I. Голова.

	Правая.	Лѣвая.
Горизонтальная окружность черепа	525	—
Поперечная окружность	330	—
Вертикальная окружность	320	—

	Правая.	Лѣвая.
Затылочно-ушная линія или окружность	183	—
Лебно-ушная линія или окружность	275	—
Подбородочно-ушная линія или окружность	260	—
Продольный діаметръ черепа	177	—
Наибольшій поперечный	145	—
Ширина между ушными отверстіями	110	—
Ширина между скуловыми отростками	115	—
Отъ ушного отверстія до основанія носовой перегородки	108	117
Высота уха до темени	84	86
Ширина лба	116	—
Высота лица отъ края волосъ	62	--
Высота лица отъ переносья	121	—
Средина лица (отъ переносья до рта)	176	—
Ширина лица a (скуловыя дуги)	134	—
» » b (скуловые бугры)	109	—
» » c (уголъ нижней челюсти)	102	—
Разстояніе между внутрен. углами глазъ	24	—
» наружн. » »	87	—
Носъ высота	42	—
» длина	46	—
» ширина	34	—
Ротъ длина	54	—
Ухо »	53	62
Разстояніе ушныхъ отверстій отъ корня носа	95	107

II. ТУЛОВИЩЕ.

Высота всего тѣла		1530	
Ширина размаха		1554	
Высота надъ поломъ слухового отверстія	1395		1383
Высота подбородка		1328	
» 7-го шейнаго позвонка		1315	
» плечъ	1243		1225
» верхняго края груди		1234	
» локтей	902		932
» лучезапястн. сустав	678		715
» средняго пальца руки	513		553
» пупка		875	
» гребешковъ подвздошныхъ костей	954		904
» лобковаго сращенія		725	

	Правая.	Лѣвая.
Высота большихъ вертеловъ	763	723
» колѣннаго сочленія	443	425
» наружныхъ мыщелковъ	85	74
» темени (надъ сидѣньемъ)	723	
» въ сидячемъ положеніи отъ плечъ	958	935
Ширина плечъ	370	
Окружность груди на уровнѣ сосковъ	755	
Кисть руки: длина (средній палецъ)	165	162
» » ширина (у начала 4 пальцевъ)	85	76
» » длина средняго пальца	—	—
Стопа, длина	235	228
» ширина	94	83
Наибольшая окружность берега	385	365
» » голени	377	295
Длина плеча	338	291
» предплечія	220	216
» бедра	324	286
» голени	354	348
Тазъ: ширина между sp. a sup.	253	
Conjugata ext.	142	
Ширина между больш. вертелами	332	

Приведенное измѣрительное изслѣдованіе показываетъ, что черепъ у нашего больного малъ, обѣ половины лица не равномѣрны. Позвоночникъ искривленъ въ грудной части выпыклостью вправо и кзади, а въ поясничной части выпуклостью впередъ, другими словами, въ грудной части есть небольшой сколіозъ и кифозъ, а въ поясничной лордозъ. Правое плечо значительно выше лѣваго. Грудь малаго объема, коническая, спереди плоская, сзади выпуклая. Правая половина таза выше лѣвой. Правая верхняя конечность значительно длиннѣе и больше лѣвой; точно также и правая нижняя конечность больше лѣвой; вообще правая половина тѣла у больного развита гораздо больше сравнительно съ лѣвой.

Въ области легочныхъ верхушекъ слышится жестокое дыханіе и выдохъ; при постукиваніи можно замѣтить небольшое заглушеніе звука; число дыханій 24. Сердце сокращается правильно; звуки сердца немного глухи; пульсъ медленный, около 84 ударовъ въ минуту. Животъ вздутъ; брюшныя стѣнки напряжены; у больного существуетъ запоръ, t^0 по временамъ повышается 37,8.

При изслѣдованіи у больного найдены разстройства чувствительности; болевая чувствительность замѣтно понижена, теплоту и холодъ онъ различаетъ довольно ясно, но чувство осязанія, давленія и мѣста оказываются пониженными; мышечное чувство тоже нарушено. Языкъ

при высовываніи отклоняется въ правую сторону, и въ немъ замѣтно подергиваніе и дрожь, губы тоже дрожатъ. Рѣчь больного значительно разстроена; замѣчается спотыканіе на слогахъ, заиканіе и неясность произношенія. Вытянутыя руки дрожатъ; сила мышцъ ослаблена. Стоять съ закрытыми глазами не можетъ; привычныя движенія больного отличаются неловкостью.

У больного существуетъ значитильное разстройство и спутанность сознанія,—больной не понимаетъ, гдѣ находится, не узнаетъ окружающихъ и на предлагаемые ему вопросы или совсѣмъ не отвѣчаетъ, или же говоритъ безсмыслицу. Онъ находится въ возбужденомъ состояніи, весьма подвиженъ, много ходитъ, кричитъ. Лице его красное; глаза блестятъ; движенія порывистыя.

25 марта больной снялъ съ себя все платье, ходитъ по своей комнатѣ въ сильномъ возбужденіи, называетъ себя императоромъ, государемъ, ожидаетъ прихода императрицы, часто повторяетъ одни и тѣже слова безъ всякаго смысла. Мочу приходится выпускать катетеромъ, а испражненія удаляютъ клизмой. Назначены бромистые препараты съ валеріаной и мышьякъ съ хининомъ.

26 марта больной успокоился, спалъ.

27 марта былъ снова возбужденъ, раздѣвался, поцарапалъ себѣ тѣло.

28—30 бредъ и безпокойное состояніе значительно усилились; ночью совершенно не спалъ, утромъ былъ въ веселомъ настроеніи, разговаривалъ самъ съ собою, напѣвалъ какіе-то мотивы своего сочиненія, просилъ пригласить свою жену къ нему во дворецъ; къ вечеру опять появилось возбужденіе.

1 апрѣля. Больной спалъ удовлетворительно, ѣлъ порядочно, утромъ плакалъ, а послѣ обѣда сдѣлался сначала веселымъ, а потомъ возбужденнымъ, порвалъ на себѣ рубаху.

2—5. Въ спокойномъ состояніи; больной большею частью лежитъ неподвижно въ постели, равнодушно относится къ окружающему. При возбужденіи становится безпокойнымъ, снова появляется бредъ величія, врача называетъ генераломъ, ожидаетъ пажей, фрейлинъ и т. п. Больной кричитъ, пытается куда-то бѣжать, появилось сильное дрожаніе нижнихъ конечностей, а на другой день это дрожаніе превратилось въ другія судорги; t^0 39,2.

13 апрѣля Судорожные препадки прекратились. Бредъ величія больше не появляется; больной называетъ свою фамилію, узнаетъ окружающихъ.

14—20 апрѣля. Вечеромъ снова появилось вазбужденное состояніе, больной опять раздѣвается, рветъ бѣлье, стучится въ дверь, по цѣлымъ днямъ возится и безсмыслено повторяетъ отдѣльныя слова на распѣвъ.

21—31 апрѣля. Состояніе больного бываетъ по временамъ то спокойное, то возбужденное. На среднемъ пальцѣ лѣвой нижней конечности появилась гангрена; при возбужденіи больной постоянно срываетъ повязку съ пальца и этимъ препятствуетъ заживленію.

1 мая Возбужденіе все еще продолжается; по ночамъ больной не спитъ, рветъ бѣлье.

2—10 мая. Больной остается по большей части спокойнымъ; но нерѣдко приступы возбужденія возвращаются и уступаютъ только дѣйствію слабительныхъ.

11—24 мая. Больной самъ ни съ кѣмъ не разговариваетъ, на различные вопросы даетъ лишь краткіе отвѣты. Однажды вечеромъ больной перевязалъ у корня свой половой членъ ниткой, вытянутой изъ платья, и не могъ отвѣтить зачѣмъ онъ это сдѣлалъ; на мѣстѣ перевязыванія образовался струпъ.

24—30 мая. Больной совершенно успокоился, переведенъ въ общую палату, ѣстъ и спитъ хорошо, часто бродитъ безцѣльно изъ угла въ уголъ, ни съ кѣмъ не разговариваетъ; язва на пальцѣ совершенно зажила.

1 іюня. Спокойное состояніе больного продолжается; онъ ѣстъ и спитъ удовлетворительно, замѣтно началъ полнѣть.

1—12 іюня. Умственная дѣятельность значительно понижена,

15—22 іюня. Вмѣсто прежнихъ сильныхъ возбужденій появляется иной разъ у больного оживленное состояніе съ краснотой въ лицѣ и улыбкой съ суетливыми движеніями, но безъ говорливости.

23—31 іюля. Больной по большей части лежитъ неподвижно въ постели, очень много спитъ, бываетъ всегда спокойнымъ, на вопросы даетъ лишь односложные отвѣты: *да, нѣтъ,* или совсѣмъ ничего не говоритъ. Кромѣ потребности ѣды и сна, другихъ желаній не имѣетъ; къ окружающей обстановкѣ относится равнодушно.

Въ описанномъ случаѣ общаго прогрессивнаго паралича насъ болѣе всего интересовалъ вопросъ объ этіологіи болѣзни. Въ этомъ отношеніи особенности нашего случая не лишены значенія. Изъ дознанныхъ причинъ болѣзни *сифилисъ, алкоголизмъ, излишества, напряженость труда* въ нашемъ случаѣ ни одна не имѣла мѣста, также не было ушибовъ въ голову и раненій. Но въ тоже время *возникновеніе болѣзни явнымъ образомъ связано съ недостаточнымъ, слабымъ развитіемъ* организма и его отдѣльныхъ отправленій и первые припадки *болѣзни состояли въ простомъ усиленіи природныхъ недостатковъ,* замѣчавшихся уже съ дѣтства. Въ самомъ дѣлѣ какъ тѣлесная организація такъ равно физіологичесскія отправленія и черты характера носятъ отпечатокъ незаконченнаго и неправильнаго развитія. Сюда относятся: Морелевскія уши, неравномѣрность обѣихъ половинъ лица, неравномѣрное и недостаточное развитіе от-

дѣльныхъ частей тѣла, искривленія позвоночника и т. п. Рука объ руку съ этими признаками *порочнаго развитія тѣла*—у нашего больного уже съ дѣтства замѣтны физіологическіе и психическіе знаки невропатическаго темперамента въ видѣ чрезмѣрной чувствительности къ дѣйствію алкоголя, чрезвычайной подвижности и неустойчивости чувства, непостоянства мысли, стремленій и пр. Всѣ исчисленныя особенности, вмѣстѣ взятыя, точно соотвѣтствуютъ картинѣ физическаго и психическаго вырожденія. Такое заключеніе подкрѣпливается *анамнезомъ*. Отецъ больного сильно злоупотреблялъ алкоголемъ въ теченіе многихъ лѣтъ, мать страдала истерическими припадками, дядя по матери былъ душевно-больной и по описанію родственниковъ, во время болѣзни имѣлъ сходство съ прогрессивнымъ паралитикомъ. Оцѣнка всѣхъ данныхъ изслѣдованія нашего случая приводитъ насъ къ выводу, что болѣзненное сложеніе (конституція) съ болѣзненной наслѣдственностью составляетъ единственную причину развитія, общаго нарастающаго паралича у нашего больного. Вопросы о значеніи конституціальныхъ особенностей больного организма въ патологіи былъ обстоятельно разработанъ *Benecke*[1]) который придавалъ большое значеніе порочному развитію тѣла въ дѣлѣ происхожденія болѣзней.

По вопросу о наслѣдственности въ примѣненіи къ прогрессивному параличу взгляды авторовъ значительно расходятся. Для наслѣдственности цыфры колеблются отъ 5,4% (Westphal) до 56,5% (Mendel); такъ *Obersteiner* нашелъ наслѣдственное предрасположеніе въ 11,5% своихъ случаевъ, *Oebecke*—въ 22%, *Calmeil*—въ 33% *Ziehen*—45%, *Arnaud*[2]) —53% (прямая наслѣдственность въ 38%). По *Mendel'ю*[3]), родители прогрессивныхъ паралитиковъ часто умирали отъ мозгового кровоизліянія, и вообще у родственниковъ паралитиковъ по всходящей линіи часто встрѣчаются различныя болѣзни головного мозга.

Изъ русскихъ авторовъ *Б. С. Грейденбергъ*[4]) для наслѣдственности отводитъ въ отдѣльности всего лишь 4,7%, а въ сочетаніи съ другими причинами 20,8%. Столь рѣзкое разногласіе въ приводимыхъ цыфрахъ (отъ 5,4%—до 56,5%) свидѣтельствуетъ только о томъ, что на дѣло смотрѣли съ разныхъ точекъ зрѣнія, не такъ давно *Krafft-Ebing*[5]) очень находилъ у прогрессивныхъ паралитиковъ тяжелое невропатическое

---

[1]) Benecke. Constitution und constitutionelles Kranksein des Menschens. Marburg 1881 г.

[2]) Цит. по Krafft-Ebing'у, см. далѣс.

[3]) Mendel. Die progr. Paralysie. Berlin 1880.

[4]) Б. С. Грейденбергъ. Къ статистикѣ и этіологіи общ. нар. паралича помѣщ. Врачъ 1896 г. №№ 19—20.

[5]) Krafft-Ebing. Die progressive algemeine Paralysie. Wien. 1894.

предрасположеніе (Belastung) вмѣстѣ съ рахитическими измѣненіями черепа. По *Oebecke*[1]) невропатическое предрасположеніе наблюдается въ 46% всѣхъ случаевъ. Изъ числа наблюдаемыхъ нами въ настоящее время 18 паралитиковъ—у 16 мы нашли нѣкоторые физическіе признаки вырожденія, а въ анамнезѣ—указанія на наслѣдственное предрасположеніе, что составитъ приблизительно около 88,(8%). Объяснять такую чистоту физическихъ признаковъ у прогрессивныхъ паралитиковъ одною простою случайностью едва-ли возможно. Скорѣй можно допустить, какъ это предполагалъ Шарко, что болѣзненная наслѣдственность даетъ сифилису, алкоголю и др. ядамъ, силу которой они не имѣли бы сами по себѣ. Такимъ образомъ, заканчивая описаніе нашего случая, мы позволяемъ себѣ предположить, что въ этіологіи прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ первенствующее значеніе принадлежитъ невропатической наслѣдственности, всѣ же остальные причинные моменты, какъ то: сифилисъ, алкоголизмъ, умственныя напряженія и пр. могутъ считаться обыкновенными реактивами, обнаруживающими скрытое болѣзненное состояніе.

---

[1]) Цит. по Krafft.-Ebing'у.

Трофоневротическія язвы кожи при пораженіи caudae equinae.

(Изъ дерматологической клиники проф. М. И. Стуковенкова).

П. В. Никольскаго [1]).

Ученіе о трофоневротическихъ язвахъ кожи получило свое начало въ нейрологіи, по той простой причинѣ, что въ своей наиболѣе выраженной формѣ онѣ встрѣчаются наичаще при тяжелыхъ заболѣваніяхъ нервной системы. Равнымъ образомъ, физіологи (Brown-Sèquard, Samuel, Meissner, Schiff и др.), интересуясь общимъ вопросомъ о трофическомъ вліяніи нервной системы на ткани, много способствовали своими экспериментальными изслѣдованіями уясненію клиническихъ явленій.

Charcot, со свойственной ему тонкой наблюдательностью, подробно описалъ симптоматологію пролежня, развивающагося при пораженіи головного и спинного мозга и привлекъ вниманіе другихъ клиницистовъ на трофоневротическія язвы кожи.

Когда вслѣдъ за нейропатологами и дерматологи стали больше обращать вниманія на это кожное страданіе, то оказалось, что оно еще въ большей степени важно для дерматологіи, потому что въ нѣкоторыхъ случаяхъ является единственнымъ выдающимся симптомомъ нервнаго разстройства. Таковы, напр., случаи, описанные подъ именемъ множественной гангрены кожи, въ теченіе послѣднихъ 15 лѣтъ, *Leloir*'омъ, *Doutrelepont*'омъ, *Sanster*'омъ, *Neumann*'омъ, *Renaut, Bayet* и *Max Joseph*'омъ.

Однако, до самаго послѣдняго времени авторы даже солидныхъ учебниковъ по дерматологіи мало обращали вниманія на это страданіе, предоставляя его всецѣло наблюденію нейропатологовъ. Но мы

---

[1]) Настоящая работа представляетъ докладъ, сдѣланный авторомъ въ Дерматологической секціи на VI Съѣздѣ общества русскихъ врачей въ память Пирогова, сопровождавшійся демонстраціей больной.

думаемъ, что данный вопросъ, равно какъ и рядъ другихъ дерматологическихъ вопросовъ, можетъ быть точно разработанъ только при совмѣстномъ участiи тѣхъ и другихъ специалистовъ.

Для дерматологовъ наилучшимъ путемъ для достиженiя сказанной цѣли могутъ служить тѣ случаи трофоневротическихъ язвъ, при которыхъ одновременно существуютъ совершенно опредѣленныя и точно дiагносцируемыя нервныя заболѣванiя. Отъ изученiя именно этихъ случаевъ можно постепенно переходить къ случаямъ другого порядка, въ которыхъ нервныя явленiя мало выражены или даже и совсѣмъ отсутствуютъ.

Вотъ почему мы позволяемъ себѣ остановить вниманiе товарищей на одномъ наблюдаемомъ нами случаѣ страданiя caudae equinae, сопровождающагося образованiемъ трофоневротическихъ язвъ, который представляетъ интересъ какъ по сравнительной рѣдкости названнаго нервнаго страданiя, такъ и по характеру язвъ, а равно и по очевидной связи послѣднихъ съ заболѣванiемъ нервовъ.

Больная—крестьянка Ѳеодора Г., 23 лѣтъ, дѣвица, находится подъ нашимъ наблюденiемъ съ 20 Апрѣля 1895 года. Сначала она пользовалась, какъ приходящая больная въ дерматологической клиникѣ проф. М. И. Стуковенкова, а затѣмъ, за неимѣнiемъ женскихъ мѣстъ въ послѣдней, была принята 13 Нояб. 1895 г. проф. И. А. Сикорскимъ въ нервную клинику, гдѣ мы могли съ бо́льшимъ удобствомъ слѣдить за теченiемъ болѣзни въ продолженiе 6 мѣсяцевъ. Считаемъ долгомъ выразить искреннюю благодарность многоуважаемому профессору И. А. Сикорскому, какъ за радушное гостепрiимство, оказанное нашей больной, такъ и за совѣтъ и указанiя, которыми мы широко пользовались при изслѣдованiи и наблюденiи.

Anamnesis. Болѣзнь существуетъ больше 10 лѣтъ и началась жестокими болями въ крестцѣ и нижнихъ конечностяхъ, доводившими больную до крика и приковавшими ее къ постели въ теченiе цѣлаго года; въ это время нижнiя конечности ея исхудали до степени крайняго истонченiя. Спустя годъ отъ начала болѣзни, боли прошли, больная поднялась съ постели и мало по малу начала ходить, но съ большимъ трудомъ, причемъ она замѣтила, что голено-стопные суставы у нея при ходьбѣ странно болтались. Затѣмъ, къ явленiямъ двигательнаго паралича присоединились измѣненiя на кожѣ крестца, ягодицъ и нижнихъ конечностей въ формѣ язвъ, изъ которыхъ нѣкоторыя сущестуютъ доселѣ. Больная не помнитъ точно, когда именно появились первыя язвы, кажется ей, что черезъ 3 года отъ начала болѣзни. Сначала язвы развились на ягодицахъ и подъ ягодичными складками. Первыя черезъ нѣкоторое время зажили, а вторыя существуютъ доселѣ. Вскорѣ появились язвы на правой пяткѣ и задней поверхности праваго голено-стопнаго сустава,

Табл. XV.



Табл. XVI.



которыя, просуществовавъ больше года, зажили. Годъ назадъ появилась язва на лѣвой пяткѣ, существующая доселѣ. Въ настоящее время больная испытываетъ боли въ крестцѣ и ногахъ и съ трудомъ ходитъ, опираясь на двѣ палки. Второй годъ она замѣчаетъ нѣкоторую слабость мочевого пузыря и прямой кишки: появляющійся позывъ долженъ быть удовлетворенъ возможно скорѣе, иначе появляется непроизвольное мочеиспусканіе и defecatio.

Status praesens.

Измѣненія на кожѣ. На обѣихъ ягодицахъ рубцы бѣловато-синеватаго цвѣта, блестящіе, немного возвышающіеся надъ уровнемъ окружающей кожи, на ощупь довольно плотные, напоминаютъ келоидные рубцы.

Въ бедренно—ягодичныхъ складкахъ совершенно симметрично на обѣихъ конечностяхъ расположены по одной язвѣ, очень сходныхъ по виду: онѣ глубоко вдаются въ толщу кожы; дно ихъ углубляется на $\frac{3}{4}$ сант. и расширяется, такъ что язвы представляются полостными. Діаметры наружныхъ отверстій: вертикальные—1 сант., поперечные 1,5-2 сант. Края язвъ очень толстые, частію надвигаются надъ дномъ и, повидимому, представляютъ отслойку кожи и части подкожной клѣтчатки. Дно язвъ блѣдно-красное, очень вялое, едва влажное; отдѣленіе язвы серозное, безъ всякой примѣси гноя. Въ окружающей ткани никакихъ реактивныхъ явленій не замѣтно.

Подъ описанной язвой правой стороны лежитъ, отдѣляясь отъ нея узкимъ мостикомъ нормальной кожи шириною въ 1 сант., третья гораздо бо́льшая язва, поперечный діаметръ которой 7 сант., а вертикальный отъ 5 до 0,5 сант. (язва постепенно суживается снутри кнаружи). Дно ея блѣдно-красное, едва влажное, съ небольшими плоскими и блѣдными грануляціями. На поверхности замѣтно небольшое количество совершенно прозрачной, серозной жидкости, безъ малѣйшей примѣси гноя. Верхній край немного возвышенный, а нижній совершенно въ уровень съ окружающей кожей. Края и дно немного уплотнены.

Четвертая, особенно характерная язва лежитъ въ кожѣ лѣвой пятки. Она имѣетъ форму правильно круглой плоской воронки съ діаметромъ въ 5 сант. Дно ея, лежащее на периферіи въ уровень съ окружающей кожей, постепенно понижается къ центру, гдѣ глубина язвы доходитъ до 1 сант. Дно совершенно чистое, красное, едва-едва влажное на ощупь, ровное, и лишь при раздвиганіи обнаруживающее неглубокія трещины. На немъ не замѣтно ни слѣда гноя. Периферія язвы окружена поясомъ, шириною въ 1 сант,, мягковатаго желтаго рогового вещества, состоящаго изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ концентрическихъ колецъ. Можно предполагать (и это подтвердилось дальнѣйшимъ наблюденіемъ), что этотъ роговой поясъ свидѣтельствуетъ о своеобразномъ заживленіи язвы съ

периферіи, причемъ процессъ ороговѣнія въ новообразованномъ эпителіи идетъ неправильно. Дно язвы мягкое на ощупь; точно также и вся окружающая ткань пятки и задней половины подошвы представляется совершенно мягкой, хотя и покрытой толстыми (и также мягкими) роговыми наслоеніями желтовато-восковиднаго цвѣта.

Правая пятка, на которой прежде была язва, представляетъ такую-же мягкую на ощупь ткань, и съ такими же роговыми наслоеніями.

На голеняхъ нѣсколько ровныхъ рубцовъ, а на задней сторонѣ праваго голено-стопнаго сочлененія кожа гипертрофирована въ видѣ двухъ поперечныхъ валиковъ, между которыми замѣтны втянутые рубцы.

Вся кожа нижнихъ конечностей, по преимуществу голеней, представляетъ нѣкоторыя особенности: она имѣетъ блестящій видъ, съ трудомъ захватывается въ складку, причемъ при сдавленіи складки на ней выступаютъ довольно большія узловатыя возвышенія и соотвѣтственныя углубленія, а при опусканіи, складка *медленно* расправляется.

Измѣненія въ нервно-мышечномъ аппаратѣ касаются нижнихъ конечностей. *Чувствительность* осязательная, болевая и тепловая почти совершенно отсутствуетъ въ области распространенія вѣтвей plexus sacralis, т. е., въ среднихъ и нижнихъ частяхъ ягодицъ (rami cutanei clunium interni superiores et inferiores), на промежности (rami perineales), въ заднихъ частяхъ большихъ губъ (rami cutanei clunium interni inferiores), на задней поверхности бедеръ (n. n. cutanei femoris posteriores), на голеняхъ: на задней поверхности (n. n. communicantes tibiales), наружной и передней (n. n. communicantes peronei), на тылѣ стопъ (n. n. surales u nn. peronei superficiales) и подошвъ (n. n. plautares). Въ тоже время кожа верхнихъ частей ягодицъ, передней, наружной и внутренней поверхности бедеръ, а также внутренней поверхности голеней, иннервируемая изъ выше лежащаго plexus lumbalis, обнаруживаетъ нормальную чувствительность. Исключительное распредѣленіе анэстезіи по областямъ, иннервируемымъ изъ plexus sacralis у нашей больной доходитъ до математической точности. Нервно-мышечный аппаратъ представляетъ разстройства также только въ тѣхъ частяхъ, которыя берутъ начало въ plexus sacralis.—Такъ, существуетъ парезъ мышцъ пузыря и прямой кишки и полный параличъ заднихъ мышцъ бедра, всѣхъ мышцъ голеней и стопъ. Голено-стопныя сочлененія, лишенныя устойчивости вслѣдствіе паралича окружающихъ мышцъ, представляются болтающимися. Стопы и пальцы ногъ неподвижны. При стояніи и ходьбѣ больная опирается на внутренній край стопъ, причемъ передній край уклоняется кнаружи.

При изслѣдованіи силы мышцъ легко замѣтить, что сгибаніе и приведеніе бедеръ и разгибаніе голеней довольно сильны, тогда какъ

разгибаніе и отведеніе бедеръ и сгибаніе голеней очень слабо. Всѣ суставы стопъ и пальцевъ почти совершенно лишены активной подвижности.

Электрическое изслѣдованіе обнаружило въ парализованныхъ мышцахъ реакцію перерожденія то полную, то частичную:

	Фарадич. токъ.		*Гальван. токъ.*	
	Правая.	Лѣвая.	Правая.	Лѣвая.
M. gluteus maximus . .	Не получается при 0.			
M. biceps femoris . .	Едва замѣтно при 0—5.		19MA.AЗС—	9MA.KЗС
M. semitendinosus . .	6,8	— 6,5	16MA.KЗС—	10MA.KЗС
M. soleus	не получается		не получается	
M. gastrocnemius . .	не получается		не получается	
M. flexor hallucis longus	не получается		не получается	
M. flexor digitorum communis brevis	не получ.; иногда при 0;		не получается	
N. ischiadicus	не получается			
N. cruralis	8,5	— 9.		
M. vastus extern . . .	8,0	— 8,5.		
M. triceps brachii . . .	10	— 9,5.		

Рефлексы колѣнные и съ Ахиллова сухожилія не вызываются.

Пульсъ въ a. a. crurales, dorsales pedis и tibiales posticae прощупывается.

Въ позвоночникѣ замѣтенъ lordosis въ крестцово-поясничномъ отдѣлѣ. Нижній край крестца отклоненъ кзади; anus смотритъ назадъ. Задняя поверхность крестца представляетъ разлитое костное утолщеніе. Нижніе поясничные позвонки и крестцовые болѣзненны при давленіи.

Въ теченіе годичнаго наблюденія (отъ 20 Апр. 1895 года по 20 Апрѣля 1896 г.) въ состояніи здоровья больной замѣчены слѣдующія измѣненія.

Язва на пяткѣ очень медленно заживала въ теченіе почти цѣлаго года, причемъ послѣдніе пять мѣсяцевъ, которые больная провела въ клиникѣ проф. И. А. Сикорскаго, надлежащій уходъ за больной исключалъ возможность вредныхъ механическихъ вліяній. Самый процессъ заживленія отличался необыкновенной характерностью: язва заживала не вслѣдствіе выполненія дна, а вслѣдствіе наростанія роговыхъ наслоеній на периферіи. Это наростаніе происходило отдѣльными концентрическими слоями, причемъ слои, непосредственно прилежащіе къ язвѣ—молодые—имѣли бѣловатый цвѣтъ, а далѣе отстоящіе отъ язвы—болѣе старые—желтоватый цвѣтъ. Дно язвы во все время оставалось чистымъ

и сухимъ, безъ малѣйшаго нагноенія. Новообразовавшійся роговой покровъ, постепенно закрывавшій язву, отличался не только своей концентрической слоистостью, но также и непрочностью: онъ легко удалялся при оттягиваніи, оставляя мягкую, сѣровато-блѣдную поверхность молодого, не вполнѣ ороговѣвшаго слоя.

Такъ постепенно вся язва, начиная съ периферіи, покрылась роговыми наслоеніями, существующими доселѣ.

Кромѣ того зажила и другая язва, подъ лѣвой ягодицей, и также покрылась плотными роговыми наслоеніями, существующими доселѣ.

Въ теченіе наблюденія развивались безъ явныхъ поводовъ новыя язвы. Такъ, на тылѣ правой стопы (28 сент.) образовалась ссадина въ $\frac{1}{2}$ сант. въ діаметрѣ, влажная, красноватая, на одномъ краѣ ея было замѣтно приподнятіе эпидермиса, какъ бы образованіе пузыря. Черезъ 2 мѣсяца ссадина зажила.

Затѣмъ, 19 октября замѣчена большая язва на крестцѣ, образовавшаяся, по словамъ больной, 3 дня назадъ. Она тянулась въ видѣ полосы 14 сант. длины и 1,5—5 сант. ширины и была покрыта пергаментовидной, плотной, но тонкой пленкой, изъ подъ которой выдавливалась мутноватая жидкость. По периферіи язвы былъ замѣтенъ плосковозвышенный блѣдно розовый валикъ—пузырь—имѣвшій ширину до 1 сант., а по мѣстамъ висѣли обрывки рогового покрова, при потягиваніи которыхъ роговой покровъ отдѣлялся на нѣкоторое разстояніе, оставляя блѣдно-розоватую поверхность съ небольшимъ серознымъ отдѣленіемъ. Эта язва зажила въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ, оставивши красный, съ просвѣчивающими венами и плотный на ощупь, похожій на keloid, рубецъ.

Наконецъ въ области большихъ вертеловъ появлялись язвы на старыхъ рубцахъ, въ формѣ блѣдныхъ, почти сухихъ ссадинъ. Одна изъ нихъ существуетъ доселѣ.

Въ нервно-мышечномъ приборѣ особыхъ измѣненій за это время не замѣчено. Только подъ вліяніемъ гальванизаціи, сфинктеры пузыря и прямой кишки сдѣлались болѣе дѣятельными и боли въ ногахъ уменьшились. Чувствительность голеней стала лучше.

Для постановки *діагноза* нервнаго страданія основнымъ фактомъ должно служить изолированное пораженіе всѣхъ вѣтвей plexus sacralis, такъ какъ параличъ движенія и чувствительности опредѣляется только въ областяхъ, снабжаемыхъ сказанными нервами. Теоретически при этомъ можно допустить только два предположенія: 1) или страданіе локализуется въ поясничномъ утолщеніи спинного мозга, именно въ той строго очерченной области его, откуда выходятъ означенные нервы, или 2) *спинной мозгъ не затронутъ*, а поражены нервы plexus sacralis уже по выходѣ

изъ спинного мозга, именно, на пути ихъ слѣдованія по спинно-мозговому каналу, т. е. въ cauda equina. Но при этомъ очевидно, что не весь пучекъ нервовъ, составляющихъ caudam equinam пораженъ, такъ какъ входящіе въ составъ его нервы plexus lumbalis остаются не затронутыми. Nervus lumbalis V, какъ извѣстно, оставляетъ костный каналъ между 5 поясничнымъ и 1 крестцовымъ позвонкомъ. Слѣдовательно, пораженіе caudae equinae начинается только съ указаннаго мѣста (N. lumbalis V входитъ въ составъ крестцоваго сплетенія). Далѣе, такъ какъ у больной затронуты и вѣтви plexus coccygei, идущія къ мышцамъ задняго прохода, то необходимо допустить, что всѣ нервы caudae equinae, включая и самые нижніе, поражены на пространствѣ отъ перваго крестцоваго позвонка и до самаго нижняго конца крестцоваго канала. Итакъ, мы должны сдѣлать выборъ между двумя единственно возможными предположеніями: пораженъ ли ограниченный участокъ спинного мозга или поражены нервы caudae equinae?

Мы полагаемъ, что въ нашемъ случаѣ спинной мозгъ и его conus terminalis не поражены, такъ какъ у нашей больной сохранена вполнѣ чувствительность прямой кишки и пузыря и больная чувствуетъ какъ позывы къ опорожненію названныхъ полостей, такъ и самый актъ испражненій съ его началомъ и концомъ. Съ другой стороны, за пораженіе caudae equinae въ указанныхъ выше анатомическихъ границахъ, т. е., на протяженіи всего крестцоваго канала, говорятъ пораженіе чувствительности и движенія во всѣхъ областяхъ, иннервируемыхъ выходящими отсюда нервами, а также и разлитая припухлость, наблюдаемая именно въ области крестца. При этомъ, за пораженіе крестцовыхъ нервовъ именно въ крестцовомъ каналѣ, а не по выходѣ изъ него, говоритъ *равная степень* пораженія правой и лѣвой конечности, что трудно было бы допустить при пораженіи нервовъ по выходѣ ихъ изъ канала, гдѣ нервы правой и лѣвой половины уже значительно удалены другъ отъ друга.

При постановкѣ приведеннаго діагноза мы руководились фактами и соображеніями, приведенными въ работѣ проф. *Raymond* [1]), и въ особенности же работами проф. *Бехтерева* [2]), въ которыхъ содержатся данныя экспериментальнаго изслѣдованія (на животныхъ), а также и данныя клиническаго изслѣдованія со вскрытіями.

---

[1]) Raymond F. Sur les affections de la queue de cheval, à propòs de deuxcas de ces affections. Leçons faites à la Salpêtriere, recueillies par Leopold Lévi.—Nouvelle iconographie de la Salpêtriere. 1895. Raymond F. Hematomyélie du cone terminal. ibidem.

[2]) Бехтеревъ. О пораженіи конуса и хвоста спинного мозга. Врачъ. 1890.

Его же. Пораженіе корешковъ caudae equinae и пр. Неврологическій вѣстникъ. 1893.

Отъ распознаванія нервнаго страданія перейдемъ къ разбору кожныхъ измѣненій. Эти послѣднія, повидимому, начинаются *пузыремъ.* По разрывѣ пузырной покрышки обнажается *дефектъ* ткани въ видѣ язвы съ блѣдно-краснымъ, гладкимъ дномъ, немного влажнымъ отъ серознаго отдѣляемаго или даже почти сухимъ, безъ всякаго нагноенія. Въ однихъ мѣстахъ язва проникаетъ глубоко—въ подкожную клѣтчатку (и заживаетъ рубцомъ), въ другихъ она захватываетъ лишь эпителіальный покровъ (и заживаетъ безъ рубца, каковы язвы на пяткахъ). Иногда она располагается среди толстыхъ роговыхъ наслоеній (какъ на пяткѣ). Язвы существуютъ долго, многіе мѣсяцы, безъ всякаго измѣненія и затѣмъ нѣкоторыя очень медленно заживаютъ. Процессъ заживленія отличается характерными особенностями: такъ, въ язвѣ, ограничивающейся однимъ эпителіальнымъ слоемъ, начинается образованіе по периферіи ея концентрическихъ роговыхъ наслоеній, которыя постепенно уменьшаютъ діаметръ язвы и наконецъ, совершенно покрываютъ ее. Эти наслоенія плотны на ощупь, но въ теченіе долгаго времени связь ихъ съ подлежащимъ слоемъ остается непрочной. Подобное же обильное образованіе рогового вещества происходитъ и на нѣкоторыхъ изъ тѣхъ язвъ, которыя заживаютъ рубцомъ.

Заживленіе глубокихъ язвъ, проникающихъ до подкожной клѣтчатки, происходитъ при помощи рубца, который, кромѣ только что указанной особенности, нерѣдко отличается своею плотностью и представляетъ гипертрофическій рубецъ, келоидъ. Нѣкоторые рубцы подвергаются повторнымъ изъязвленіямъ.

Нужно сказать еще, что заживленіе язвы идетъ весьма медленно, не смотря на полный покой больной, при чемъ на другихъ мѣстахъ образуются новыя язвы.

Что касается до *этіологіи* описанныхъ кожныхъ измѣненій, то зависимость ихъ отъ нервнаго страданія въ данномъ случаѣ очевидна; язвы и слѣды ихъ въ видѣ рубцовъ располагались исключительно на мѣстахъ съ измѣненной чувствительностью и атрофированными мышцами, т. е. исключительно въ областяхъ, получающихъ нервы изъ plexus sacralis тогда какъ въ смежныхъ участкахъ, снабжаемыхъ нервами изъ plexus, lumbalis, кожа оставалась вполнѣ нормальной. Кожныя измѣненія, подобныя описываемымъ нами и стоящія въ очевидной зависимости отъ страданія нервной системы, констатированы многими авторами (*Leloir, Charcot* и др.) Мы присоединяемъ къ немалочисленной литературѣ вопроса свой случай главнымъ образомъ по обширности кожнаго пораженія и относительной рѣдкости заболѣванія caudae equinae.

Представленный случай даетъ возможность сдѣлать нѣкоторые общіе выводы о свойствахъ трофоневротическихъ язвъ кожи.

На образованіе пузыря, предшествующее развитію трофической язвы, указываютъ: *Leloir* [1]), *Bayet* [2]), *Neisser* [3]), *Demme* [4]), а также *Charcot* и другіе нейропатологи (въ своихъ описаніяхъ пролежня).

Этотъ фактъ даетъ извѣстное освѣщеніе многимъ пузырчатымъ болѣзнямъ кожи и указываетъ на то, что на пузырь нужно смотрѣть, по крайней мѣрѣ, какъ на начальную стадію нервной гангрены кожи. Однако, не всегда трофоневротическія язвы начинаются пузыремъ. Такъ, *Leloir, Doutrelepont, Bayet, Max Joseph* указываютъ на образованіе ихъ изъ пятенъ бѣловатыхъ, бѣловато-желтыхъ, бѣловато-сѣрыхъ, переходящихъ въ сухой струпъ, по отпаденіи котораго обнаруживается язвенная поверхность.

Но этотъ другой способъ образованія трофоневротическихъ язвъ, повидимому, въ сущности не отличается отъ перваго. На родство ихъ обоихъ указываетъ уже ихъ одновременное существованіе у одного и того же больного. Но самое главное, микроскопическое изслѣдованіе этихъ пятенъ, произведенное *Doutrelepont* [5]), показало въ нихъ начальную стадію образованія многокамернаго пузыря въ толщѣ Мальпигіева слоя, т. е., вакуализацıы клѣтокъ послѣдняго. Слѣдовательно, въ этихъ случаяхъ мы также имѣемъ дѣло съ пузырями, но микроскопическими, незамѣтными для глаза.

Ничтожное скопленіе жидкости въ самомъ началѣ страданія придаетъ послѣднему нѣсколько другой видъ и на первый взглядъ можетъ подать поводъ къ выдѣленію его въ особую группу, а именно: на мѣстѣ описаннаго пятна вскорѣ образуется сухой струпъ и уже по отдѣленіи струпа обнаруживается язва. Поэтому, описываемому страданію предпочтительно даютъ названіе гангрены кожи. Но мы думаемъ, что и образованіе трофоневротической язвы изъ пузыря также нужно считать гангреной, но не сухой, а влажной. Такимъ образомъ, дѣленіе гангрены на сухую и влажную, по нашему мнѣнію, вполнѣ приложимо къ спеціально кожнымъ процессамъ, также какъ и къ хирургическимъ заболѣваніямъ. Сущность процесса остается одна и та-же, а особый видъ страданія обусловливается нѣкоторыми второстепенными моментами.

---

[1]) L e l o i r. Recherches cliniques et anatomo-patologiques sur les affections cutanés d'origine nerveuse. Paris. 1882.

[2]) B a y e t. Gangrènes disseminées et successives de la peau d'origine hysterique. Annales de derm. et de syph. 1894.

[3]) N e i s s e r. Stereoskopischer medicinischer Atlas. Faſ. II. Cassel 1894. Приведено также у M a x J o s e p h. Ueber multiple neurotische Hautgangrän.—Archiv f. Derm. u. Syph. 1895. 13. XXXI.

[4]) D e m m e. Fortschritte der Medicin. 1888. Приведено у M a x J o s e p h'a.

[5]) D o u t r e l e p o n t. Ueber einen Fall von acuter multipler Hautgangrän. Archiv f. Derm. u. Syph. 1886.

Кромѣ характернаго начала для описываемаго страданія не менѣе характерна и быстрота развитія его, которое происходитъ иногда въ нѣсколько часовъ, какъ указываютъ цитированные авторы, при чемъ *Leloir* въ такомъ быстромъ развитіи процесса видитъ прямое указаніе на то, что страданіе не зависитъ отъ механическаго давленія, которое, прежде чѣмъ вызвать гангрену, должно дѣйствовать въ теченіе извѣстнаго продолжительнаго времени, обусловливая цѣлый рядъ прогрессивно увеличивающихся измѣненій въ данной ткани.

Описываемое страданіе, начавшись пузыремъ или пятномъ съ послѣдовательнымъ образованіемъ струпа, по разрывѣ покрышки пузыря или по отпаденіи струпа, принимаетъ видъ язвы. При этомъ дефектъ ткани можетъ ограничиваться или эпителіальнымъ слоемъ, какъ было, между прочимъ, въ нашемъ случаѣ (язвы на пяткахъ), а также въ случаѣ *Bayet*, или можетъ глубоко проникать въ подкожную клѣтчатку.

Самый видъ язвы представляетъ характерную особенность: дно ея блѣдное, иногда покрыто блѣдными маленькими грануляціями (нашъ случай и случай Doutrelepont).

Теченіе язвъ представляется во всѣхъ извѣстныхъ случаяхъ очень продолжительнымъ и измѣряется многими мѣсяцами.

Заживленіе отличается характерными особенностями. При поверхностномъ дефектѣ въ эпителіальномъ слоѣ, когда не образуется рубца, на мѣстѣ язвы развиваются *роговыя наслоенія* (нашъ случай) или *пигментированное пятно* (Doutrelepont, Bayet). На мѣстѣ болѣе глубокихъ язвъ очень часто образуются *келоидные рубцы* (Leloir, Doutrelepont, Bayet, Neisser, Max Joseph, нашъ случай).

Этотъ послѣдній фактъ можетъ служить для уясненія доселѣ загадочнаго новообразованія кожи—келоида, который, какъ извѣстно, образуется не только на мѣстѣ бывшихъ язвъ, но у нѣкоторыхъ лицъ и самостоятельно въ здоровой кожѣ, а также и послѣ чистыхъ хирургическихъ раненій. Считаемъ необходимымъ упомянуть здѣсь же, что, по заявленію *Kahler*'а и другихъ авторовъ, келоиды очень часто наблюдаются при сирингоміэліи.

Наконецъ, образованіе рубца послѣ трофическихъ язвъ иногда сопровождается значительнымъ развитіемъ *роговыхъ наслоеній*, какъ было въ нашемъ случаѣ.

Это разростаніе рогового слоя сближаетъ трофоневротическія язвы съ другими трофоневротиическими страданіями кожи, извѣстными подъ общимъ названіемъ кератозовъ, каковы pemphigus, ichtyosis и др.

Все вышеописанное приводитъ насъ къ слѣдующей общей характеристикѣ трофоневротическихъ язвъ:

1) Онѣ начинаются или пузыремъ (влажная гангрена кожи) или блѣднымъ пятномъ, на мѣстѣ котораго вскорѣ образуется сухой струпъ (сухая гангрена).

2) Самая язва отличается отсутствіемъ нагноенія и блѣднымъ цвѣтомъ.

3) Теченіе ея очень продолжительное.

4) Она оставляетъ послѣ себя: роговыя наслоенія, пигментное пятно, рубецъ съ роговыми наслоеніями или келоидъ.

5) Трофическія язвы кожи могутъ развиваться какъ при пораженіи центральной нервной системы (головной и спинной мозгъ), такъ и периферическихъ нервовъ, (какъ въ нашемъ случаѣ нервовъ caudae equinae), а равно и при общихъ неврозахъ, считаемыхъ функціональными разстройствами, какова напр. истерія, къ которой относится большинство выше цитированныхъ случаевъ такъ называемой множественной гангрены кожи авторовъ.

Въ заключеніе, мы должны остановиться на уясненіи самаго механизма образованія язвъ при указанныхъ нервныхъ страданіяхъ.

Никто не сомнѣвается въ томъ, что трофоневротическія язвы развиваются вслѣдствіе пониженной, подъ вліяніемъ разстройства нервной системы, жизнедѣятельности тканей. Но въ дальнѣйшемъ уясненіи вопроса мнѣнія расходятся. Въ то время какъ одни ученые видятъ ближайшую причину кожнаго страданія въ измѣненіи сосудистой системы, которое въ свою очередь ведетъ къ ослабленію питанія ткани (теорія трофоангіоневроза), другіе, и въ числѣ ихъ *Charcot*, признавая непосредственное вліяніе нервной системы на тканевые элементы, объясняютъ происхожденіе язвъ измѣненіемъ этого вліянія, независимо отъ условій кровообращенія. Мы не имѣемъ въ виду подробно останавливаться на тѣхъ многочисленныхъ клиническихъ и экспериментальныхъ данныхъ, которыя приводятся защитниками той и другой теоріи, но не можемъ оставить безъ вниманія тѣ клиническія данныя, которыя относятся къ тѣсной рамкѣ нашего вопроса.

Мы упоминали неоднократно, что описываемыя язвы часто начинаются пузыремъ.—Образованіе пузыря вообще далеко не всегда можно ставить въ зависимость отъ первичнаго измѣненія сосудовъ. Напротивъ, цѣлый рядъ фактовъ указываетъ на то, что при многихъ кожныхъ болѣзняхъ пузырь образуется безъ всякаго непосредственнаго участія сосудовъ, какъ это наглядно наблюдается при *pemphigus chronicus*, и особенно при той формѣ его, которая носитъ названіе *pemphigus foliaceus*, при которой очень нерѣдко можно видѣть пузырекъ, сидящій среди совершенно нормальной по цвѣту кожи, безъ малѣйшаго слѣда гипереміи. Въ этихъ случаяхъ, очевидно, образованіе пузыря въ эпите-

ліальномъ слоѣ зависитъ отъ какой-то особой причины, но не отъ разстройства кровообращенія. Объясненіе этой причины всего скорѣе можно дать, исходя изъ точки зрѣнія чистаго трофоневроза.

Далѣе, отсутствіе нагноенія въ трофоневротическихъ язвахъ указываетъ до извѣстной степени на то, что сосудистыя измѣненія, если и существуютъ, то во всякомъ случаѣ они очень слабы.

Точно также образованіе на мѣстѣ язвъ роговыхъ наслоеній не только не говоритъ за измѣненіе сосудовъ, но, наоборотъ, заставляетъ искать другую причину болѣзни. Дѣйствительно, достаточно указать на такъ называемые кожные рога, которые совершенно невозможно объяснить измѣненнымъ кровообращеніемъ.

Наконецъ, частое образованіе на мѣстѣ язвъ келоида, который, какъ извѣстно, можетъ развиваться у нѣкоторыхъ лицъ самостоятельно, безъ особыхъ предшествующихъ сосудистыхъ измѣненій, также невольно заставляетъ искать причину язвъ въ чемъ-то другомъ, но не въ измѣненіи кровообращенія.

Всѣ эти факты и соображенія заставляютъ насъ склониться въ пользу теоріи чистаго трофоневроза и объяснить происхожденіе описываемыхъ язвъ измѣненіемъ трофическаго вліянія со стороны заболѣвшихъ ганглiозныхъ клѣтокъ или заболѣвшихъ проводниковъ, которые не въ состояніи передавать нормальное трофическое вліяніе на тканевые элементы. Вслѣдствіе этого жизнедѣятельность послѣднихъ падаетъ, они подвергаются дегенеративнымъ процессамъ и часто совершенно погибаютъ, производя такимъ образомъ потерю ткани, называемую трофоневротической язвой. Эта потеря ткани въ теченіе очень долгаго времени не можетъ восполниться по той же причинѣ. Но наконецъ, можетъ наступить улучшеніе процесса, причемъ нужно предполагать, что нормальное трофическое вліяніе со стороны нервной системы на данныя ткани возстановилось. Однако, и при заживленіи язвъ большею частью наблюдаются значительныя, указанныя выше, отступленія отъ обычнаго нормальнаго процесса заживленія, которыя долго еще свидѣтельствуютъ о трофоневротическомъ процессѣ на данномъ участкѣ кожи (келоидъ, роговыя наслоенія).

ОТДѢЛЪ III.

Психіатрическая хрестоматія.

Дневникъ больного, злоупотреблявшаго гашишомъ и морфіемъ.

Проф. И. А. Сикорскаго.

На сколько намъ извѣстно, самонаблюденія лицъ, предававшихся злоупотребленію наркотическими средствами, не были опубликованы съ такой подробностью, какой отличается приводимый дневникъ, въ которомъ протокольнымъ образомъ и съ достаточной точностью отмѣчалось самочувствіе за продолжительный періодъ опытовъ. Дневникъ принадлежитъ молодому человѣку 22 лѣтъ, который продолжительное время употреблялъ гашишъ, а затѣмъ морфій.

Больной принадлежитъ къ числу одаренныхъ въ умственномъ отношеніи людей, однако же происходитъ изъ невропатической семьи и рано обнаружилъ неудержимое стремленіе къ употребленію наркотическихъ средствъ.

Отецъ больного уже съ молодыхъ лѣтъ предавался злоупотребленію спиртными напитками, былъ неровенъ характеромъ, упрямъ, раздражителенъ и многорѣчивъ. Семейная жизнь его разстроилась: онъ разошелся съ женой и дѣлалъ неоднократныя попытки захватить силой или хитростью своего маленькаго сына, впослѣдствіи автора печатаемаго нами дневника. Эти попытки крайне напугали мальчика и вмѣстѣ съ тѣмъ повели къ неправильному воспитанію, такъ какъ мать приблизила его къ себѣ и своей чрезмѣрною заботливостью мѣшала самымъ простѣйшимъ проявленіямъ самодѣятельности—что въ концѣ концовъ повело къ слабому развитію воли, сдѣлало изъ него, какъ самъ онъ въ послѣдствіи выражался, «*въ тюрьмѣ воспитанный цвѣтокъ*».

Уже рано у него обнаружились основныя черты его будущаго характера: слабая воля, наклонность къ подавляющимъ чувствамъ. Эти

чувства, не умѣряемыя и не сдерживаемыя волей, нерѣдко были источникомъ тягостнаго самочувствія и послужили причиной неудержимаго болѣзненнаго стремленія къ употребленію наркотическихъ средствъ, въ особенности такихъ, которыя, возбуждая какъ умственные, такъ и двигательные акты, до нѣкоторой степени подкрѣпляли его слабую волю. Характеръ больного тонко изображенъ въ его собственной запискѣ слѣдующаго содержанія.

1) Болѣзненная впечатлительность. Самыя обычныя сцены глубоко врѣзываются въ память. Детали затемняютъ сущность, напр. на лекціи—внѣшность профессора, его голосъ и пр., мѣшаютъ воспріятію читаемаго. Маловажныя причины вызываютъ сильныя эмоціи. Раздражительность. Быстрая, часто неожиданная, смѣна возбужденія и угнетенія. Настроеніе всецѣло зависитъ отъ внѣшнихъ вліяній.

2) Слабость воли. Трудно перейти отъ желанія къ хотѣнію, часто мнѣ не удается превратить идею въ волевой актъ. Не имѣя нравственной опоры въ другой личности, тотчасъ чувствуешь себя психически-слабымъ.

3) Измѣненіе половой личности замѣчалось всего яснѣе отъ 1889 до начала 1892 г. Въ этотъ промежутокъ времени только лица того же пола производили на меня впечатлѣніе половой личности; только къ нимъ я способенъ былъ чувствовать влеченіе, впрочемъ лишенное чувственнаго характера. Половой инстинктъ точно перемѣнилъ знакъ.... Любить я могъ лишь юношу, въ женщинѣ же я готовъ былъ видѣть знакомаго, друга, товарища,—словомъ все, кромѣ женщины.

Я самъ какъ будто психически сталъ женской особью.

4) Неврастенія особенно преслѣдуетъ меня съ прошлаго (92 года). Нервная слабость, утомленіе, частая неспособность къ умственной работѣ, головныя боли (тупыя боли въ головѣ и глазницахъ), сопровождающіяся обыкновенно состояніемъ угнетенія.

5) Морфинизмъ. Поводомъ къ привычкѣ послужила неврастенія. Мучительныя головныя боли и тяжелое состояніе угнетенія не уступали другимъ средствамъ, и я имѣлъ неосторожность прибѣгнуть къ морфину. За первой инъекціей (въ половинѣ октября 1892 г.) послѣдовала вторая и т. д. Начальная доза 0,2—0,4 куб. сант. 3% раствора подъ конецъ дошла до 0,5—1,0 куб. сант. 5% раствора, такъ что за разъ я вводилъ 0,025—0,05 соляно-кислаго морфина, а въ день—до 0,15—0,2. Уменьшая дозы, мнѣ удалось дойти лишь до одного впрыскиванія (0,02—0,03 морфія) въ день. Я пытался освободиться отъ привычки помощью кокаина и мнѣ казалось, что улучшеніе уже было достигнуто, когда меня лишили шприца и начали лѣчить. Лѣченіе, впрочемъ, сводилось къ кофе, бромистому натрію и прогулкамъ. Реакція была такъ тяжела, что я не устоялъ и вновь обратился къ Правацу. Въ другой разъ я самъ отдалъ свой шприцъ и рѣшилъ перенести реакцію во что бы то не стало. Для замѣны морфія мнѣ дали кодеинъ (сначала 2—3 раза въ день по 0,015, потомъ 2 раза по 0,02), но внутрь, а не подкожно. Въ этотъ разъ, спустя сутки послѣ лишенія морфина, у меня появилась сильная слабость, головокруженія, боли въ головѣ и во всемъ тѣлѣ, угнетеніе, свѣтобоязнь, диплопія, ознобъ и пр. Кодеинъ не производилъ замѣтнаго дѣйствія. На ряду съ привычкой къ морфину, у меня существуетъ привычка къ самому акту укола и инъекціи.

Повидимому, первоначально молодой гашишистъ,—какъ онъ самъ себя называетъ,—воображалъ или старался увѣрить себя въ томъ, что предпринятое имъ употребленіе гашиша есть научная работа, а не про-

сто маскированный наркотизмъ, но впослѣдствіи онъ убѣдился, что сталъ жертвой пагубной привычки.

Въ пору написанія дневника молодой человѣкъ воспитывался въ одномъ высшемъ учебномъ заведеніи, изучалъ естественныя науки, съ особенной любовью относился къ изученію химіи.

Предавшись употребленію гашиша, онъ ознакомился съ фармакологическимъ дѣйствіемъ этого средства по многочисленнымъ сочиненіямъ, даже сдѣлалъ соотвѣтственныя справки въ сочиненіяхъ и учебникахъ по ботаникѣ. Назависимо отъ существующихъ препаратовъ гашиша, онъ самъ готовилъ различныя вытяжки изъ этого средства и отмѣчалъ ихъ въ своемъ дневникѣ литерами α, β, γ, δ и пр.

Въ своемъ дневникѣ онъ точно отмѣчалъ принятое внутрь средство и дозу и затѣмъ описывалъ по часамъ и минутамъ свое самочувствіе, въ особенности, въ психической сферѣ. Въ такомъ порядкѣ дневникъ веденъ нѣсколько лѣтъ. Многія страницы дневника запечатлѣны тонкой наблюдательностью, но въ особенности цѣнны точность и тщательность записей, въ которыхъ впечатлѣнія и самочувствіе схвачены на лету и отличаются животрепещущей свѣжестью.

Авторъ задался, повидимому, широкимъ планомъ изслѣдованія средствъ, дѣйствующихъ на психическія отправленія; такъ въ одной изъ замѣтокъ его содержится слѣдующій рядъ предположенныхъ имъ наименованій лѣкарствъ по ихъ дѣйствіямъ:

Vigilin. Agrypnin (Coffein 0,03—0,09).
Somniin (Camphora brom. 0,06).
Macarin. Felicin. Beatin (Cocain 0,02).
Poëtisin (Goffein 0,03; Cocain 0,02).
Phantasin (Gamma 0,12—0,18).
Jllusin (Gamma 0,18—0,25).
Hesychin, Atarachin (NaB seu KBr 1,0—2,0).
Hedonin.
Jocosin.
Mnemosin.
Appetitin.
Sinefamin.
Erotin (Alc. s. Ignat. nitr. 0,001—0,003; Cocain 0,02).

Печатая дневникъ автора, мы болѣе всего имѣемъ въ виду сохранить этотъ оригинальный документъ, который можетъ послужить матеріаломъ для дальнѣйшихъ выводовъ. Въ настоящее время мы предпосылаемъ ему нѣсколько краткихъ замѣчаній въ объясненіе значенія, которое мы сами усматриваемъ въ наблюденіяхъ автора.

По нашему мнѣнію, этотъ дневникъ, написанный талантливымъ наблюдателемъ, имѣетъ немаловажное значеніе прежде всего для разъясненія механизма психическихъ измѣненій при отравленіяхъ, напр. алкоголемъ, а также при морфинномъ и гашишномъ.

При этомъ не можемъ не вспомнить, что психологи даже метафизической школы придавали большое значеніе опытамъ съ гашишомъ въ разрѣшеніи психологическихъ задачъ; для физіологической же психологіи и психопатологіи опыты эти имѣютъ, безъ сомнѣнія, еще большее значеніе. Немаловажное значеніе они имѣютъ для разрѣшенія вопросовъ о *внутреннихъ* и *внѣшнихъ* ассоціаціяхъ и вопросовъ о взаимодѣйствіи мыслительныхъ и двигательныхъ актовъ. Но быть можетъ еще большую важность они могутъ имѣть въ рѣшеніи вопроса о механизмѣ *маніакальныхъ* состояній. Въ самомъ дѣлѣ, *въ маніи* и въ нѣкоторыхъ *наркозахъ* мы имѣемъ много общихъ сторонъ, напр. измѣнчивое настроеніе духа, облегченіе и ускореніе теченія идей, но безъ опредѣленнаго порядка ихъ и съ наклонностью къ чувственному бреду.

Хотя индійская конопля и ея препараты принадлежатъ къ числу средствъ, имѣюшихъ широкое распространеніе, особенно на Востокѣ, но наблюденія надъ дѣйствіемъ ея и научныя описанія весьма незначительны. Мы можемъ указать на наблюденіе Schroff'a и на статью Freusberg'a [1]). Schroff изъ личнаго опыта разсказываетъ слѣдующее:

«Въ 10 ч. вечера я принялъ 7 сантиграммъ сухого гашиша, легъ въ постель, читалъ малоинтересную книгу до 11 ч., куря при этомъ, по обыкновенію, сигару; и затѣмъ улегся спать, въ той мысли, что такая доза слишкомъ мала, такъ какъ она не вызвала рѣшительно никакихъ явленій и даже частота пульса осталась неизмѣненною. Въ этотъ самый моментъ я почувствовалъ сильный шумъ не только въ ушахъ, но и во всей головѣ, представлявшійся мнѣ чрезвычайно похожимъ на шумъ кипящей воды; въ то-же время я былъ окруженъ въ высшей степени пріятнымъ, сверкающимъ свѣтомъ, который пронизывалъ все тѣло и дѣлалъ его совершенно прозрачнымъ. Съ необычною легкостью я пробѣгалъ цѣлый рядъ представленій, сопровождавшихся усиленнымъ самосознаніемъ и преувеличеннымъ представленіемъ о собственной личности; я сожалѣлъ, что не имѣю подъ руками письменныхъ принадлежностей, для того чтобы записать всѣ эти прекрасныя видѣнія, а встать съ постели и принести эти принадлежности я не могъ рѣшиться, такъ какъ опасался, что это въ высшей степени пріятное состояніе можетъ исчезнуть, и такъ какъ, въ виду ясности идей и живости ощущеній, я былъ твердо убѣжденъ, что на другое утро у меня сохранится объ

[1]) Ueber die Sinnestäuschungen. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Band XXXIV 1877.

этихъ явленіяхъ совершенно ясное воспоминаніе. Я сравнивалъ свое состояніе съ тѣмъ, которое описывается другими послѣ пріема гашиша, и замѣтилъ разницу, заключавшуюся въ отсутствіи эротическихъ ощущеній. Утромъ, по пробужденіи, первою моею мыслью было воспроизвести въ памяти испытанное мною ночью; однако, изъ изъ всѣхъ этихъ прекрасныхъ видѣній я не могъ вспомнить ничего, за исключеніемъ того немногаго, что я сейчасъ разсказалъ».

Freusberg въ теченіе долгаго времени наблюдалъ одного молодого англичанина, употреблявшаго большія количества tincturae cannabis indicae; сначала онъ принималъ ее по 1,8 граммъ, а затѣмъ мало по малу дошелъ до 24,0 граммъ pro dosi; средній пріемъ равнялся 6,0 граммъ. Когда больной, опьяненный индійской коноплей, оставался при этомъ одинъ въ комнатѣ, то онъ слышалъ музыку оркестра, въ которую превращался всякій случайно появлявшійся шумъ, и видѣлъ въ то-же время театральныя сцены и танцующія фигуры. Въ совершенно пустой комнатѣ онъ видѣлъ роскошный, пестрый ландшафтъ, съ людьми и животными, водопадами и шумомъ деревьевъ въ лѣсу, съ пѣніемъ и музыкой. Всѣ слышанные имъ музыкальные звуки были очень нѣжными, всякій шумъ дѣйствовалъ на него чрезвычайно пріятно, никогда онъ не слышалъ ни одного рѣзкаго тона, ни одного непріятнаго шума, оскорбляющаго слухъ; если при этомъ присутствовалъ посторонній человѣкъ, то лицо его часто представлялось искаженнымъ, комичнымъ, но никогда не производило непріятнаго впечатлѣнія. Больной въ состояніи этого опьяненія всегда чувствовалъ себя очень оживленнымъ, веселымъ, и создавалъ смѣлыя комбинаціи изъ прежнихъ впечатлѣній органовъ чувствъ, которыя всплывали у него въ памяти.

У нашего автора находимъ слѣдующія главнѣйшія данныя.

1) *Настроеніе духа* крайне измѣнчиво вслѣдствіе неожиданныхъ и внезапныхъ переходовъ отъ однихъ чувствъ къ другимъ—противоположнымъ. Такова, напр. слѣдующая замѣтка: «5 часовъ 13 мин. вечера. Quies. Umbra; pulcher aspectus. Уютность; спокойное состояніе. Actio psychica. *Status animi mutatus.* Multa gravia mente volvebam. *Animi dolor».* Иногда внезапно появляются сильныя чувства, напр. *страхъ, виновность, печаль* или, наоборотъ, *радость, веселье* и пр. безъ всякаго внѣшняго повода. Иногда состояніе духа лишено опредѣленности, авторъ говоритъ *о страшной неопредѣльности состоянія духа.* Однако же преобладающей чертой является радостное, веселое настроеніе при чрезвычайно повышенномъ самочувствіи.

Теченіе идей необыкновенно легко и быстро. Записываніе мыслей, говоритъ авторъ, затрудняется быстротой ихъ теченія и смѣны, а также замкнутостью настроенія, такъ что изъ множества переживаемыхъ

впечатлѣній не многія попадаютъ въ замѣтки. Всѣ впечатлѣнія отличаются чрезвычайной живостью и свѣжестью, въ томъ числѣ и впечатлѣнія общаго чувства: живется, говоритъ авторъ, такъ сильно и быстро, какъ въ атмосферѣ чистаго кислорода. Авторъ слѣдующими чертами описываетъ это состояніе: «*моя, болѣе чѣмъ скромная комната, кажется мнѣ полной глубокихъ красотъ; всѣ предметы пріобрѣли для меня новую, невѣдомую дотолѣ выразительность. У открытой двери, сквозь которую въ комнату вливается животворящій лучъ солнца, задумчиво колеблется занавѣска, носясь въ пространствѣ, подобно мечтѣ поэта; нѣсколько цвѣтковъ олеандра глядятъ на меня съ чарующей улыбкой; книги на столѣ собрались въ тѣсную кучку и таинственно бесѣдуютъ другъ съ другомъ, нѣмымъ языкомъ своихъ буквъ; тупо глядитъ на меня ветхій словарь, а стройная конопля въ букетѣ гордо простираетъ свои темнозеленые пальцы—ланцеты*». «*Глубоко интересна*, говоритъ авторъ въ другомъ мѣстѣ, *и типична бываетъ причудливая подробность, схваченная у жаркой мысли изъ волшебнаго потока гашишныхъ чувствованій и идей, но непередаваемо—своеобразный характеръ образовъ, очаровательная тонкость понятій и чувствованій, изумительное могущество синтетической способности не поддаются выраженію*». Авторъ говоритъ также о *всепроникающемъ воображеніи всехранящей памяти, о баснословной концентраціи содержанія, при которой текстъ цѣлыхъ томовъ передается въ продолженіе минутъ*. По временамъ этотъ обмѣнъ идей замедляется и переходитъ, какъ говоритъ авторъ, въ психическую нѣмоту, во время которой, по всей вѣроятности, какъ объ этомъ и догадывается авторъ, часть умственной работы протекаетъ безсознательно, но затѣмъ результатъ этой безсознательной работы неожиданно проявляется въ сознаніи, производя впечатлѣніе индивидуальныхъ находокъ. Подобное затиханіе ощущеній или анестезія общаго чувства родитъ у автора «*мысль о мнимой дематеріализаціи*» и представленіе утраты вѣса тѣла, чувство поднятія вверхъ. Эти иллюзіи крайне интересны въ томъ отношеніи, что онѣ являются главнѣйшимъ основаніемъ нелѣпыхъ и предразсудочныхъ вѣрованій у спиритовъ, а также у сектантовъ, именно у хлыстовъ, скопцовъ, малеванцевъ, которые утверждаютъ, что тѣло ихъ во время религіозныхъ упражненій становится легкимъ, воздушнымъ, лишеннымъ вѣса, и они чувствуютъ себя отдѣленными отъ земли.

Внѣшнія впечатлѣнія производятъ большое дѣйствіе и рѣзко мѣняютъ настроеніе. Авторъ говоритъ «*о странной гиперестезіи, доходящей до такихъ размѣровъ, что даже ничтожные стимулы производятъ гигантскій рефлексъ, такова напр. воображаемая выразительность буквъ*». «Нѣсколько сильныхъ выстрѣловъ,—говоритъ онъ,—послышавшихся вблизи, произвели мгновенную вспышку воинственнаго настроенія».

Сочетаніе идей часто основано на внѣшнемъ сходствѣ. Такъ напр. авторъ замѣчаетъ,—что однажды при чтеніи словъ *«разборъ и оцѣнка»* ему послышалась въ умѣ фраза: *«разборы Яценка»* и *разборъ hiacyntha* или при паденіи pince—nez является въ умѣ стихъ: «и да падетъ съ очей туманъ».

Двигательное возбужденіе выразилось у автора наклонностью къ танцамъ (saltabam), къ декламаціи, чтенію и къ употребленію иностранныхъ языковъ: латинскаго, французскаго, нѣмецкаго, древне-нѣмецкаго и славянскаго съ указаніемъ на удовольствіе, получаемое отъ декламаторской техники.

На ряду съ другими явленіями возбужденія у автора замѣчаются *игривость* и *эротизмъ*. Игривость выражается различными шутками, напр. шуточная классификація птицъ: Sovoidae, Vorobicinae, т. е. совиныя и воробьиныя или: zacovitium maximum (большая заковыка). Въ качествѣ элемента эротическаго являются частыя упоминанія объ puella formosa, microrossica Aquilina, т. е. о красивой малороссійской дѣвушкѣ Акулинѣ, о femina formosa russica и т. д.

Любопытны частыя ссылки автора на разнообразныя *такъ наз. вторичныя ощущенія*, которыя онъ испытывалъ подъ гашишнымъ наркозомъ: *слышишь цвѣта,* говоритъ онъ, *видишь звуки... чрезвычайно-высокіе звуки взлетаютъ вверхъ дрожащей шелковой кисточкой, похожей на прозрачныя дымки надъ восковыми свѣчами.*

Интересно описаніе психическаго состоянія, на почвѣ котораго возникаетъ чувственный бредъ.

Образы, вызванные памятью, доходили до такой яркости, что я слышалъ около себя вспомянутое лицо, чувствовалъ его дыханіе. Безчисленныя гиперестезіи становились все чаще и чаще. Я былъ окруженъ міромъ звуковъ и съ громадной быстротой уносился въ пространство.

Смотря на концетрическіе круги Сильвануса Томсона, я видѣлъ въ нихъ разнообразные узоры, измѣнявшіеся съ неимовѣрной быстротой.

Вспоминанія прошлаго толпились передо мной нескончаемыми вереницами; я послѣдовательно переживалъ тяжелыя сцены, въ которыхъ я являлся то активнымъ лицомъ, то жертвой; всякій предметъ, находившійся передъ моими глазами, вызывалъ безконечный рядъ воспоминаній, которыя становились для меня новой жизнью.

Я случайно взглянулъ на коробку domino, и этого было достаточно, чтобы перенестись въ другой міръ азартной игры, отталкивавшій меня своей роковой безсодержательностью, поражавшій своими трагическими сценами.

Передъ моимъ испуганнымъ взоромъ проходили великолѣпныя понорамы Монако, я восхищался свѣжими картинами природы; но эти картины были отравлены мрачными образами самоубійцъ.

Мое сознаніе превратилось въ арену гнетущихъ видѣній, законченность и изящество которыхъ доводили меня до отчаянія.

Я пытался перенестись мысленно въ свѣтлый классическій міръ, но это мнѣ не удалось.

Точно такая же ровная сила увлекла меня въ холодный мракъ Среднихъ Вѣковъ.

Съ чудовищной быстротой проносялся я «сквозь тьму временъ», передо мной мелькали тысячи событій; сначала я былъ пассивнымъ зрителемъ ихъ, но вскорѣ онѣ увлекли меня въ свой роковой потокъ.... Контрастъ между изяществомъ мысленныхъ картинъ и тяжелымъ ихъ содержаніемъ, произвели гнетущее впечатлѣніе; наконецъ я очутился на эшафотѣ, и этотъ эшафотъ былъ по истинѣ чудомъ искусства: на лѣсахъ, покрытыхъ художественными барельефами, красовалась гильотина изъ слоновой кости. Этимъ закончился рядъ историческихъ картинъ и случайное воспоминаніе о грезахъ Quincey перенесло меня въ тропическій лѣсъ. Однако я не видѣлъ богатой растительности, до меня не достигали благоуханія цвѣтовъ, и только громадныя стаи птицъ оглушали меня причудливыми криками и шумомъ крыльевъ.

До какого нравственнаго отупѣнія можетъ быть доведенъ даже интеллигентный человѣкъ употребленіемъ гашиша, можемъ видѣть изъ слѣдующей замѣтки нашего автора:

«*Усиленная работа мысли и фантазіи мало по малу измѣняла свой характеръ и наконецъ я имѣлъ счастье испытать столь же интересное, какъ и рѣдкое въ моихъ опытахъ явленіе:*

Исчезновеніе личности.

Чувство личности исчезло, по крайней мѣрѣ я потерялъ сознаніе своего органическаго «я» и слился съ природой. Я не былъ болѣе организмомъ, а превратился въ почву, влажную почву равнины, по которой плелась пара лошадей, тянувшихъ телѣгу: мрачный сводъ слезливой осени обливалъ меня водяными нитями съ туманной высоты, а мѣрные шаги лошадей усыпляли мой слухъ»....

Дневникъ озаглавленъ у автора:

Experimentum actionis extr. Cannabis indicae.

1890. I. 17. веч. впродолженіе 1 h. 15 m.—1,0 (одинъ граммъ) Extr. Cannabis indicae (болѣе густой образчикъ съ зеленоватыми оттѣнками).

Своеобразное чувство въ головѣ, похожее на чувство тяжести. Веселость, желаніе шутить, смѣяться, пѣть, декламировать. Много декламировалъ, и съ большимъ удовольствіемъ.

Читая (монологъ Эанта: «ὁ μὲν σφαγεὺς»...), я слышалъ сильное эхо собственныхъ словъ. Я то сидѣлъ, то ходилъ. Во все это время самосознаніе было вполнѣ сохранено, но сидя я сильнѣе чувствовалъ особенное состояніе, вызванное Е. Замѣчались и слабыя, мгновенныя зрительныя иллюзіи—какъ будто тѣнь мелькнула нѣсколько разъ вдали (въ другой комнатѣ).

Пришлось размѣчать (приблиз. черезъ 1/2 часа) размѣры въ Иліадѣ (товарищу). Чтеніе и соображеніе было затруднено; буквы мелькали, однако размѣрялъ правильно цѣлую страничку почти.

На предметы въ комнатѣ смотрѣлъ, но какъ будто почти не видѣлъ или лучше, не замѣчалъ ихъ.

Я раздѣлся и легъ.

Почти тотчасъ я почувствовалъ «чувство спокойствія» въ ногахъ, и вскорѣ изъ неясно сновавшихъ мыслей выдѣлился вихрь представленій. Шумъ, ритмич. звуки,

жужжаніе, рядъ какихъ то ударовъ, взрывовъ въ головѣ. Все это шумитъ, проносится, бьетъ. Звуки музыки, нѣжные переливы тоновъ. Пѣніе протяжное и важное (пѣніе духовъ).

Быстрая какъ вихрь смѣна представленій. Изъ образовъ выдѣляются звуки, чувства, понятія... Безконечныя метаморфозы. Приравниванія.

Ритмическія строки. Обрзы, звуки ударяютъ въ мозгъ и проносятся мимо, дробятся, исчезаютъ, превращаются. Узоры, рисунки, виды, фигуры, архитектурныя произведенія. Вся эта мысленная работа совершается отчасти при участіи воли. Ощущеніе движенія или летанія. Чувство самосознанія, хотя нѣсколько ослабленное, постоянно сохраняется. Вся неисчерпаемая панорама представленій происходитъ передъ мысленнымъ взоромъ, а не въ физич. полѣ зрѣнія. Чувство онѣмѣнія въ ногахъ, особ. въ одной, отчасти похожее на дрожь или мурашки. Странное чувство въ темени головы. Удары пульса слышатся и чувствуются.

Неудержимый потокъ представленій. Множество движущихся узоровъ, линій, фигуръ; все это движется, вертится, прыгаетъ быстро и порывисто. Слуховыя иллюзіи. Кажется, что слышу слова и фразы уже послѣ ихъ произнесенія, и они отдаются эхомъ.

30 марта 1890. *Ex. C.* γ (0,25).

Нашествіе представленій.

Я чувствую себя не какъ физич. тѣло, а лишь какъ математич. тѣло: чувствую свою поверхность.

Рядъ самыхъ таинственныхъ и причудливыхъ психич. горизонтовъ и областей мысли.

Прихотливая и фантастическая послѣдовательность идей.

Множество разнообразнѣйшихъ органическихъ ощущеній. При воображаемыхъ внутриорганическихъ движеніяхъ чувствуется (мнимое) мѣстное выдѣленіе теплоты. Какъ будто что то изъ подъ земли поднимаетъ или поддерживаетъ меня.

Множество вымышленныхъ словъ произносится въ воображаемомъ полѣ зрѣнія (а не слуха). Мысль о томъ, что я вижу внѣшній міръ «сквозь призму» H.^{O}, сквозь какую-то особенную, всеизмѣняющую и вѣчноподвижную атмосферу. Узоры, снующіе передъ глазами, даютъ воображамыя проэкціи на окружающихъ предметахъ, нарушая ихъ контуры.

Потемнѣніе поля зрѣнія: его заслоняютъ дрожащіе узоры.

Дрожанія въ груди. Хожденіе въ мнимыхъ невещественныхъ криволинейныхъ рельсахъ; туловище при хожденіи охотно описываетъ извилистыя линіи.

Смутныя представленія: являются мысли какъ будто полузакрытыя или только скелеты и тѣни мыслей и образовъ. Шумъ, звонъ.

Чрезвычайно высокіе звуки; нѣкоторые изъ нихъ вылетаютъ въ воздухъ вверхъ дрожащей шелковой кисточкой, похожей на прозрачныя дрожащія дымки надъ восковыми свѣчами.

Часто слышится тонкое жужжаніе (похож. на жуж. шмеля, осы, комара), въ звукѣ котораго слышится какая-то странная поэтическая, но тяжелая тоска... Вдругъ вся масса звуковъ усиливается до громкаго гула, какъ бы угрожающаго тебѣ.

Колокольный звонъ. Паштетъ изъ кометъ.

Протяжно гудитъ...

Мысль о «геніальномъ хаосѣ».

Толпа образовъ давитъ тебя, вереница причудливыхъ по своей своеобразной логикѣ мыслей хочетъ убѣдить тебя въ небылицѣ. Смутное «ощущеніе хаоса».

Смѣхъ, незамѣтный, но безпощадный смѣхъ надъ самыми драгоцѣнными идеалами. Сомнѣніе въ чистотѣ научнаго идеала. Тяжело.

(Горячая голова и лицо, а также туловище; холодныя конечности).

Сухость во рту.

Слышишь цвѣта и видишь звуки.

Не передашь, не опишешь всѣхъ этихъ волшебныхъ видѣній, какъ отважный юноша, бросившійся въ море за кубкомъ, не перескажетъ тайнъ подводной жизни.

«А юноши нѣтъ и не будетъ ужъ вѣчно».

Schüller.

Чувствую себя игрушкой какой то невѣдомой силы, заставляющей мою мысль перебрасываться отъ одного предмета къ другому. «Какъ иногда Борей мчитъ сухія колючки по равнинѣ, кружа и подбрасывая ихъ, такъ закружился плотъ Одиссея».

Мысль о субъективномъ всезнаніи.

Скептическая протестующая мысль предлагаетъ всевозможныя вопросы, самые трудные и затѣйливые, и постоянно идея выходитъ изъ состязанія побѣдительницей.

Мысль: (partim post Hs. secundum Hs.). Индивидуальность есть коллективная единица, состоящая изъ тѣсно сплетенныхъ элементовъ. Одинъ изъ нихъ (A) есть выразитель современнаго состоянія (подъ вліяніемъ H.), другой—(B)—представитель свободнаго разума и защитникъ волевой иниціативы, третій—(C) объективный (въ субъективномъ!...).

Наблюдатель. (D) [1])—представитель отзывчиваго чувства.

Между A и B происходитъ борьба; C хотѣлось бы, чтобы кто нибудь одержалъ рѣшительный перевѣсъ и чтобъ борьба кончилась; а борьба эта вызываетъ въ D тяжелое чувство сожалѣнія о силахъ, тратившихся на борьбу. (Раздробленіе сознательной личности).

Чрезвычайно сильные «разряды» въ головѣ.

«Сложи вмѣстѣ двѣ прозрачныя картинки и ты примешь ихъ за одну; но опытный глазъ ихъ раздѣлитъ. Такъ и весь внѣшній міръ (между которымъ и собою ты теперь чувствуешь пропасть цѣлую) состоитъ изъ двухъ сложенныхъ вмѣстѣ сущностей. Ты одаренъ *вторымъ зрѣніемъ*. Иди и расщепляй мнимо-цѣльное» (внутренній голосъ).

Безконечная утомительность мысленнаго хаоса.

1890. Апр. 3. γ. (0,24 post 0,06)$\times$3.

Душ. $=$ ψ.

Измѣненія впечатлѣній отъ внѣшнихъ чувствъ $=$ $+$

Огранич. ощущенія и субъективныя впечатлѣнія — и $=$

Представленія o

Чувствованія \/

Мысли, понятія, сужденія ∽

Сложная психическая работа ≈

Воля *

Сознаніе ▽

Память M

Трогательная поэзія народныхъ произведеній (впечатл. Пѣсня про Калашникова). Идея смерти (слабо и неясно). Желчное построеніе окружающаго общества. Тетины рѣчи.

1890. Апр. Каннабинозъ.

— Иллюзіи (внутри) органическихъ чувствъ. Hsh. 11.

— Ритмическіе взрывы въ головѣ; сжиманія, давленіе, дрожаніе — въ груди.
(γ, ϑ)
$\alpha\gamma$; β?

---

[1]) D—чувство, отзывающееся на внѣшнія представленія; психическая мимоза. *Авт.*

— Ощущеніе паутинныхъ сѣтокъ на лицѣ и въ темени.
— Давленіе въ вискахъ (γ). Ощущеніе истеченія эфира. (Hsh. 10).
— Чувство теплоты отъ мнимаго движенія (внутриорганическ.).
— Давленіе на барабанную перепонку. (γ) 0,5 (Hsh. 15).
Сухость во рту (особ. α и γ).
∽ Мысль о несуществующихъ свойствахъ веществъ.
Напр. о гибкости раковины: «закутаться въ раковину» (γ).
= Чувство качанія (стула и стола). (γ. Hsh. 5).
+ Диплопія (γ).

Hsh. 9.
— Противорѣчивыя ощущенія (Hsh. 9) . . . . —
∨ Причудливыя душевныя состоянія (Hsh. 11). +
\+ Гиперэстезія зрѣнія. + +
Предметы въ полѣ зрѣнія очерчены чрезвыч. тонко (γ).
∽ Идея субъективнаго могущества (γ).
∽ Фантастическое выраженіе идеи объ (Hsh. 9) индивидуальности (о цѣльной отдѣльности личности) (γ).
∽ Причудливые контрасты (β, затѣмъ γ, α, ε).
∽ Особенный смыслъ придаваемый внѣшнимъ (10) Hsh. явленіямъ на основаніи впечатлѣній.
∽ Идея поэтической чудесности (особ. β).
∨ Мгновенія безпричиннаго страха, тотчасъ же ($^1/_2$—2 секунд.) исчезающ.—(γ).
\+ Зрительн. hl. [1]) (мельканіе тѣни вдали). (α).
— Чувство невещественности (γ) Hsh. (11). Il. общ. чувства.
∽ Вымышленныя слова (H. 11). ∽ Мысль о «призмѣ H.» (11) особ. γ.
∽ Мысли въ скрытомъ состояніи (α, γ; β; ε) Hsh. (12).
= Звуки въ полѣ зрѣнія и образы въ области звукового воспринятія (β, α, γ).
∽ Блестки остроумія (α, β, γ, ε).
= Сочетаніе субъективныхъ звуковъ съ представленіями о чувствованіяхъ.
= Тонкое жужжаніе; поэтическая, но тяжелая тоска (γ; α).
= Нѣжные переливы тоновъ; въ нихъ слышится чудесно, художественно выраженная жалоба (β).
= Hl. слуха. Гигантскій ensemble звуковъ. (Hsh. 12). (γ, ε, α).
∽ Мысль о геніальномъ хаосѣ. Hsh. 13. (увлекающая мысль).
o
∨ Смутное чувство хаоса. Hsh. 13. (гнетущее чувство).
γ, β. Тяжелыя ∽∨ сомнѣнія. Hsh. 13. Сочетанія временныхъ субъективныхъ настроеній ∨ съ поэтическими образами o и воспоминаніями.
∽ Идея субъективнаго всезнанія. [особ. (?)] γ Hsh. 14.
могущества. Hsh. 9.
безсилія. Hsh. 13.
∨ Странныя радости и своеобразныя страданія.
∽ Идея о Hsh. какъ о потенціальномъ источникѣ громаднаго количества психич. энергіи. (На самомъ же дѣлѣ запасъ психич. энергіи въ самомъ организмѣ, а Hsh. служитъ лишь проявителемъ этого запаса).
∨ Все окружающее имѣетъ свѣтлый, праздничный характеръ. (γ).
∨ Нескончаемый спокойно радостный пиръ. (γ).
≡ (Рвущая) зубная боль (коренныхъ зубовъ) γ (послѣ раздѣльныхъ пріемовъ).

---

[1]) Т. е. галлюцинаціи. *Ред.*

Восточный элементъ (α, γ). о Рай Магометовъ (γ 0,5). Hsh. 16.

o ∽ Восточный костюмъ и оружіе (autos).

— Чувство жара (особ.) въ головѣ (γ иногда; α).

— Чувство холода въ туловищѣ (γ), въ головѣ (γ иногда)—при раздѣльныхъ пріемахъ.

o Антично-классическій элементъ. ∽ Стихотворенія Горація, Овидія, Гомера, Софокла.

o ∽ Эротич. элементъ и эротич. настроеніе (γ при раздѣльныхъ пріемахъ).

o Метаморфозы воображаемыхъ фигуръ въ полѣ зрѣнія.

V ∽ Малороссіянки. (γ post dos. divis.).

∽ Желѣзнодорожныя впечатлѣнія (въ воспоминаніяхъ).

V ∽ Иллюстрація и интерпретація (воображ. субъективн.) читаемаго Hsh. 5, (особ. γ). Этнографич. картины. о

V Сопутственныя представленія (уютности и спокойствія) при игрѣ domino. (γ)

V Homeoerotism. (γ) Субъективная о″ поѣздка; чувство V уютности выдѣляется на о фонѣ грозной бури за окнами вагона. Пароходныя впечатлѣнія. V

м Усиленіе мнемоники. γ

+ Отрадная свѣжесть осенняго вѣтра. (γ post 1,0!).

o Усиленіе Hsh. 6 способности творческой (фантазіи производительной).

∽ Идея истиннопрекраснаго монархизма—γ (post dos. divis).

∽ Усиленіе (облегченіе) умственной работы (замѣчательная умственная ясность) и подъемъ психич. силъ—(γ) Hsh. 10.

∽ Ослабленіе (затрудненіе) умственной работы (потемнѣніе умственнаго горизонта) и психическая неустойчивость –(α).

V Религіозное чувство. (γ 0,5). Субъективныя = + ритмическія мерцанія дневного свѣта (γ 0,5).

Идея ∽ талисмана (γ 0,5). Дѣти V (γ 0,5). Hsh. 15.

V «Жизнь несется быстро, легко и радостно» (γ 0,5) Hsh. 15.

V= Нескончаемое веселье; музыка, танцы (γ 0,5).

o V Давящая тьма. V Страданія (γ 0,5) ϑ (0,06).

= Чувство поднятія на воздухъ (γ 0,5).

o Безпокойная, томящая масса движенія (γ 0,5).

∽ Мысль (Hsh. 13). ∽ Мысль (Hsh. 4: «движеніе»...).

+ Иллюзіи вкуса (не β; особ. γ?)

Состояніе забытья (γ). Воображаемыя измѣненія собственной личности и окруж. среды ▽ (Hsh. 20 dos. divis).

∽ Усиленіе эстетическаго чувства (γ; но также β, ε и α).

∽ Восточная сказка (γ; Hsh. 3—4). V Тоска. (β, γ). Hsh. 12.

V Чувство уютности.

=+) Проэкціи субъективныхъ узоровъ на дѣйствительное поле зрѣнія (Hsh. 11—12). Hl.

o Воображаемые пути и предѣлы собств. движенія (γ 12).

∽ o Полу-мысли; ∽ o полу-понятія (γ 12). ∽ V Иронія (Hsh. 13).

▽ Раздробленіе сознательной личности (Hsh, 14) γ.

o ∽ Воображаемая двойственность всякой сущности (Hsh. 14).

o Особенныя, мелькающія представленія (Hsh. 1, 2). (γ).

o ∽ Ожиданіе (въ воображеніи) Hsh. 2. (γ). o ∽ Связи (Hsh. 5 вверху).

o ∽ Гиперболы. Hsh. 3, 9 (внизу).

Общій характеръ работы воображенія (Hsh. 6).
ᔕ Эффекты (Hsh. 9).
V Сознаніе счастія (γ). (Hsh. 15). «Семья» (γ). Hsh. 15.
+γ Ритмическія мерцанія субъективнаго свѣта въ темнотѣ (Hsh. 21); при дневномъ свѣтѣ [Hsh. 15 (0,5)].
Успокаивающее и усыпляющее дѣйствіе (α—состояніе покоя (какъ послѣ NaBr); α (0,5—1,0—2,0! спустя 3^0—8^0) сост. угнетенія; β (3,0)—легкій сонъ. γ. 0,06×π.... (π>2....max. 3 (?). сост. покоя (какъ послѣ NaBr). и даже сонъ). Въ другихъ случаяхъ, однако, тѣ же дозы γ (0,06—0,12—0,2) производили не успокаивающее, а, напротивъ, возбуждающее дѣйствіе (отчего ?).
▷ (γ). Увеличеніе довѣрчивости. (опытъ 5 іюня 1890).
\+ (γ). Усиленіе вкусовыхъ ощущеній (0,06). Hp. вкуса.
(γ). Чувство беззаботности; свободы; уютности. =
1890 г. апрѣль.
☰) Авто-субъективное движеніе.
o Алло-субъективныя движенія.
ᔕ Измѣненія въ мысляхъ (содержаніи и характерѣ ихъ). (..........),
o Синтезы фантазіи (различная степень произвольности) *.
V Измѣненіе психическаго горизонта (Gemüth) или обстановки.
ᔕᔕ Преемственная связь между разнородными понятіями (взаимные переходы между фигурами, мыслями, звуками, чувствами....).
o Субъективная матеріализація области воображенія; силы (свѣта; Hsh. 6; звука γ Hsh. 12).
\+ Иллюзіи осязанія и чувства температуры.
\+ Иллюзіи общаго чувства (субъективная легкость (γ) или же (α) тяжесть) (а также смотри Hsh. (10) вверху).
V Являющіяся ex abrupto чувствованія и разнообразная окраска ихъ.
ᔕ Прогрессивное развитіе отдѣльныхъ идей въ разнообразныя формы (наприм. *идеи о контрастѣ*. Большіе промежутки времени (напр. цѣлая жизнь) сосредоточиваются въ мгновеніяхъ. Быстрое движеніе и мертвая—(β) косность. Возбужденіе и покой. Разнообразіе и единство).
ᔕ (γ). Уподобленіе странной умственной работы математическимъ величинамъ: ирраціональнымъ, мнимымъ, трансцедентнымъ.
β ᔕ Прихотливая идеализація и затѣйливое опошленіе.
ᔕ Идея свѣта (сила, свобода, радость, счастье, познаніе); идея тьмы (слабость, рабство, печаль, бѣдствіе, невѣжество).
o ᔕ Реализація представленія о пространствѣ (α,γ).
ᔕ Логическое упрямство; ᔕo представленіе о проницаемости вещества.
o Фигуры (узоры, рисунки, украшенія....) признаки: величина, форма, цвѣтъ, стиль.
o ᔕᔕ Воображаемая реализація идеи о душевномъ движеніи въ формѣ факта проявленія этого душевн. движенія кажущимся (въ воображаемомъ полѣ зрѣнія) лицомъ. (Т. напр. идея смѣха реализируется представленіемъ смѣющагося вообще: смѣется не А, не В, не X, а «смѣюшійся» какъ реализованное представленіе).
ᔕᔕ Своеобразный способъ (мысленнаго выраженія понятій; такъ: возможность выбора среди массы прекрасныхъ идей выражается (мысленными) словами: «гаремъ идей».
γ Область фантазіи называется (мысленно) «чертогами воображенія». (Hsh. 3, 4)

∽ Восточная сказка. (γ).

β ∽ Субъективный разговоръ съ внутреннимъ голосомъ (не иллюзія разговора, а яркое представленіе о немъ; разговоръ ведется въ воображеніи).

\+ *Гиперэстезіи* (зрѣнія, слуха, обонянія).

* Причудливыя побужденія (напр. побужденіе бросить на присутствующихъ взглядъ съ какимъ то особеннымъ выраженіемъ). (α, γ; β?). Hsh. 5.

_) Иллюзіи субъективнаго движенія и мысленнаго представленія движенія. o

γ Своеобразное (часто весьма вѣрное и остроумное) освѣщеніе смысла читаемаго произведенія подъ вліяніемъ субъективнаго состоянія.

∽ Рѣчи дѣйствующихъ лицъ слышатся произнесенными съ артистической выразительностью и мысль автора уясняется въ мельчайшихъ оттѣнкахъ.

V o γ Поэтическая окраска читаемаго (турецкая сказка Ашик—Керибъ).

γ Координація между воображаемыми звуками и дѣйствительными дрожательными движеніями тѣла (эти послѣднія прекращаются въ то время, когда звуки достигаютъ наибольшей протяжности).

∽ o Идея безконечной сложности (субъектъ и окружающее пространство переполнено сложнѣйшими фигурами и кишитъ движеніемъ). Hsh. 6.

∽ Отклоненіе логическихъ началъ (etc.) Hsh. 11.

∽ Несообразности.

* Зависимость работы воображенія отъ воли различна: (было очень легко представить себѣ произвольно балетъ, и невозможно замѣнить запутанные рисунки колоннами).

▽ *Раздвоеніе личности:* 1) на сознательную и $\alpha\beta\gamma$ свободную личность и измѣнчивую (подъ вліяніемъ Hsh.) личность, 2) зрительн. hl. вещественнаго раздвоенія личности (α). o Общій характеръ цѣлой группы представленій. (особ. α).

∽ o Стремленіе къ матеріализаціи проявленій силы (напр. свѣта).

V Настроеніе веселости. ∽ Олицетвореніе Hsh.

*_) Механическіе импульсы собственныхъ движеній не чувствуются. Hsh. 7.

o V Измѣненіе впечатлѣній, получаемыхъ отъ личности (внѣшности, разговора etc.).

o ∽ Матеріализація (воображаемая) общихъ высшихъ понятій (особ. β). △ *Дуализмъ (самосознанія* (сознается ясно обыкновенная цѣль прогулки, а параллельно съ этимъ чувствомъ другая мистическая цѣль).—γ

△ *Измѣненіе чувства времени.*

△ *Ослабленіе сознанія личной иниціативы* дѣйствій (напр. рѣчи).

? = Измѣненіе (субъективное) воспринятія звуковыхъ впечатлѣній собственнаго голоса.

∽ Мнимо-логическія опасенія подавляющей массы представленій. O Воображаемая связь между собственнымъ индивидомъ и мчащимися кругомъ образами. Безконечность въ обоихъ своихъ полюсахъ (∞ и $\frac{1}{\infty}$), проявляющаяся во всемъ хаосѣ, производитъ тревожное впечатлѣніе. Впечатлѣнія (спустя 12^0) послѣ 1,c. γ. H. 10.

10 апрѣля 1890 г.

V Гиперэстезія чувствованій (душевн.). (γ).

∽ Усиленіе дара слова (γ).

= Странная смѣсь лихорадочнаго возбужденія съ невозмутимымъ спокойствіемъ (γ) $\varkappa$

м o Hsh. способствуетъ переходу въ сновидѣнія предшествовавшей умственной работы γ.

= Своеобразное состояніе (недѣятельнаго возбужденія) $\varkappa$ (γ).

▽ Hsh.—(судя по γ. 0,12×2)—не дѣйствуетъ на центръ равновѣсія.
Hl. слуховая.
Эхо собственныхъ словъ (α, γ) Hsh. 35, etc.
∽∽ Затрудненіе умств. работы (только послѣ большихъ дозъ образчика α).
o Метаморфозы представленій.
=∨ Чувство торжественности (ε).
=∨ Впечатлѣнія таинственности (β, etc.).
= Чувство удобства и его увеличенная требовательность (ε).
∽∽ Масса поэтическихъ эффектовъ (ε).
+ Воображаемая дематеріализація окружающей вещественной среды (ε, сходно съ γ).
Hl. зрительныя.
+ Летучіе контуры въ субъективномъ полѣ зрѣнія (ε, сходно съ α и γ).
∽ Мысль о ничтожествѣ (ε).
o Представленія о страшномъ, отвратительномъ, чудовищномъ, ужасающемъ (γ).
∽ o (Воображаемая) борьба силъ тьмы противъ научныхъ началъ (ε).
∽∽ Блескъ литературныхъ картинъ (ε).
Hl. вкуса.
= Субъективныя вкусовыя ощущенія, сопровождающія зѣвоту (ε).
∽∽ Образованіе новыхъ понятій и терминовъ (γ, ε).
∽∽ Удивительный блескъ психич. явленій (ε).
Одновременная сонливость и возбужденіе (ε).
= Субъективная тяжесть (ε, сравни α, γ, β).
∽∽ м Психическія находки и сознаніе ихъ цѣнности (ε, vide γ, (23) sqq.).
∽ Увлекательныя идеи оптимизма (ε).
= Измѣненіе самочувствія (ε и всѣ др.).
= Акустическія иллюзіи воображенія [ε, (43)].
o ∨ Субъективное чувство вины (ε).
∽ o Длинныя біографич. картины сценируются въ воображеніи (ε) (гипналогич. hl ?).
o ∨ Своеобразныя идеи страданія (ε, γ).
* Иллюзіи воли (ε) (44).
△ Борьба сознанія съ пришлой психич. работой (ε).
= Ошеломляющее чувство (ε).
= Усиленіе общаго интереса къ предметамъ внѣшняго и внутр. міра (γ, ε).
∽ Остроты. (α, β, γ, ε).
∨∽∽ Усиленіе эстетическаго чувства (β, α, ε, γ).
△ Состояніе забытья (ε etc.).
∨ Чувство дружбы, товарищества.... (ε, γ).
∽ o Смѣна воображаемыхъ занятій и положеній (ε).
∽ Субъективное всезнаніе (ε, γ).
o Гиперболическая концентрація содержанія. (ε, отч. γ). (vide 45, внизу, а также иллюзіи чувства времени 23 (γ) sqq.).
м Иллюзіи памяти (ε, отч. γ) vide 46.
∽ Парадоксы β, ε, γ).
△= Чувство благосостоянія (въ разн. видахъ) (ε, γ) vide особ. ε 46.
∽∽∨ Эгзальтація (γ. dos. divis).
= Несимметрическія иллюзіи слуха (ζ) (слабое выраж).
— Энцефалическія ощущенія (ζ).
△ Состояніе забытья.

Чувство увлекательнаго интереса (ζ).
— Энцефалич. движенія и давленія (ϑ).
— Энстоматич. ощущенія и движенія (ϑ).
— Субъективн. энцефалич. взрывы (ϑ).
+ *Гиперэстезія осязанія и чувства температуры* γ (27).
Αἴσθησις αἰσθέσεως (ε).
Existentiae voluptas fortius sentitur (ε etc.).
Ассоціація представленій и идей (особенности ея) (ε etc.) v. 49.
«Multa mira» (ε).
o Масса воображаемыхъ, разсѣянныхъ въ пространствѣ невещественныхъ уборовъ.
ψ Гиперэстезія впечатлѣній $\frac{\text{v. ε. 50.}}{(\text{ε}).}$
△ Волшебное освѣщеніе горизонта самосознанія (ε).
△ Иллюзіи собств. положеній.
+ Періодическая диссимметрія слухового воспріятія (ε). v. 50 (внизу).
∽ Мнимое затрудненіе идеаціи (ε).
\/ Впечатлѣніе волшебной торжественности (ε).
— «Distemperaturosis» (*Dysthermosis*).
∽ Комизмъ (v. 51). (τ'ἄλλα—v. 51).
\/ + Очаровательная живость всего окружающаго (ε).
o *Прогулки по космическимъ пространствамъ.*
= Чрезвычайно интенсивныя слуховыя иллюзіи (ε).
+ Гиперэстезіи (v. 52) ε.
\/ Отчаянная жажда сознанія (ε).
△ Отчаянная борьба сознанія съ подавляющимъ могуществомъ прошлой психич. работы (ε) v. 53.
ψ Душевная гиперэстезія (ε).
\/ ψ Безконечная психическая боль (ε).
∽o\/ Ужасающее чувство мнимаго всевѣденія (ε).
— ψ Раздирающая физическая и психическая боль (ε).
м «Дисмнемозы» (ε).
△ ψ Медленное возвращеніе къ реальной жизни (ε) v. 54.
∽ Гордая самостоятельность, не смотря на тяжесть положенія (ε).
o \/ Улыбка жизни (ε).
\/ Надежда, повѣявшая отъ звуковъ услышанной пѣсни (ε).
\/ ψ Гнетущія психич. сумерки (ε); (роковое уныніе...).
* Жажда спокойствія (ε).
Hyperkynesis muscularis (ε).
∽ Мысль о психическомъ ядѣ (ε).
+\/ Успокаивающее вліяніе природы (ε) v. 54, 56.
△ «Возстаніе сознанія» (v. 55 ε).
+ \/ Впечатлѣнія отъ чтенія, музыки (ε).
ψ Душевное спокойствіе (ε) v. 56.

29 апрѣля 1890 г.

ψ Страшная неопредѣленность душевнаго настроенія (ε).
=\/ Трудолюбіе мысли и лѣнь пересказа (ε, γ, α...).
Увеличеніе мышечной силы (ε).
Воинственное настроеніе (ε).
\/∽ Мистицизмъ (несобств.) (ε).
△ Состояніе полу-бодрствованія (ε).

⋁ Спокойное, серьезное, задумчив. настр. (ε, γ. $\left\{ \begin{matrix} \text{реакц.} \\ \text{стад.} \end{matrix} \right\}$).

Живость, стройность и изящество умств. работы (ε, γ, β).

⋁ ψ Чувство психической нѣмоты.

△ Субъективн. концентрація (проживаемаго) времени (ε).

Fames (γ. ε.).

Чувство безконечнаго бытія. γ. (2 декабря 90).

Къ HSH, (1) : (vide✕).

Часть умственной работы, весьма интенсивной при коннабиннозѣ, протекаетъ въ видѣ безсознательной церебраціи, результаты которой поражаютъ своей неожиданностью, производя впечатлѣніе «интеллектуальныхъ находокъ».

5. Іюля 91.

$12^0 40'$—λ. 0,1.

$2^0 31' 30''$—λ. 0,1.

$3^0 33'$—λ, 0,1.

Каннабинозъ развивался съ такой постепенностью, что невозможно было замѣтить сколько нибудь точно момента «проявленія». Между $2^0 31' 30''$, когда я читалъ Гейне,—замѣчалось обычное повышеніе техники чтенія и усиленіе экспрессіи, но впечатлѣнія читаемаго не доходили до такого лирическаго экстаза, какъ въ опытахъ 11 іюня 91 (Heine), 12 октября 90 (Q. Horatius Fl.), 30 сентября 90 (Papilio), etc.

Conflictus (v. Hemen.).

Множество предметовъ интереса, интенсивность впечатлѣній и быстрота умственной работы дѣлали ходъ коннабиноза весьма сложнымъ.

Возбужденіе интереса и иниціативы сопровождало почти всѣ стадіи; впрочемъ переходы отъ одной стадіи къ другой были такъ неожиданны и неуловимы, что трудно поддавались наблюденію.

Несмотря на сильную гиперэстезію (ca 4^0) не замѣчалось ничего похожаго на «pancalliosis» (прежнихъ замѣтокъ).

Глубокое измѣненіе панэстезіи.

Иллюзіи общаго чувства совпадали съ прежними описаніями λ, $\varkappa$, отчасти ε, γ.)

Чувство автоматизма ($7^0 - 8^0$),

Галлюцинаціи въ сферѣ общаго чувства.

Внутриорганическія движенія.

Ощущеніе «электрической паутины» на лицѣ.

Иллюзіи зрѣнія отсутствовали.

Зрительныя галлюцинаціи не достигали большой интенсивности. Объектами ихъ являлись разнообразныя и многочисленныя фигуры, узоры, рѣже картины, съ рѣзкими, измѣнчивыми очертаніями; всѣ онѣ проэктировались въ окружающее пространство, но ясно различались не только отъ реальныхъ предметовъ, но и отъ гипнагогическихъ образовъ.

Болѣе интенсивны были, по обыкновенію, *галлюцинаціи слуха*. Слуховыя ощущенія отличались разнообразіемъ (то хаотическіе, то координированные звуки; пѣніе и въ особенности музыка казались-бы реальными, еслибъ онѣ не были такъ своеобразны). Галлюцинаторные звуки часто являлись продолженіемъ *слуховыхъ иллюзій*. Такъ напр. въ шумѣ рѣчныхъ волнъ (на берегу Днѣпра) слышался цѣлый музыкальный міръ (7^0 $45'$).

Чувство обонянія оставалось нормальнымъ (?)

Въ области *осязанія* замѣчалась, (въ противоположность остальнымъ чувствамъ) *анэстезія*, [1]) (впрочемъ легкая).

Гиперэстезія вкуса, наблюдавшаяся сначала, дала затѣмъ поводъ къ *вкусовой галлюцинаціи* (отрицательнаго характера). ($7^{0}30'$).

Въ общемъ, оживленная и оригинальная умственная работа преобладала надъ чувственными воспріятіями.

Глубокое *измѣненіе чувства личности* объективировалось, вызывая кажущееся измѣненіе внѣшняго міра и окружающей среды.

Возникновеніе новой психической среды, на ряду съ нормальнымъ самосознаніемъ, поддерживаемымъ памятью, вело къ неизбѣжному *раздвоенію личности*.

Въ одномъ изъ прежнихъ опытовъ *раздвоеніе личности объективировалось* въ галлюцинаторный образъ: лежа, но бодрствуя и ясно воспринимая окружающее, я вдругъ увидѣлъ рядомъ съ собою своего *двойника*. Явленіе продолжалось не болѣе минуты.

6 іюня 1891.

$10^{0}30'$—х. 0,2 $11^{0}41'$ phanerosis.

Замѣчательна быстрота, съ которою иногда наступаетъ начало каннабиноза. Въ $11^{0}40'$ я чувствовалъ въ себѣ мало энергіи; я былъ даже расположенъ скорѣе ко сну, чѣмъ къ умственной работѣ, хотя бы даже пассивной. Слѣдующая минута ($11^{0}41'$) оживила меня. Я замѣтилъ въ это время то характерное измѣненіе самочувствія, сначала весьма легкое (требующее даже навыка къ самонаблюденію для того чтобы быть само-отличеннымъ отъ одновременныхъ случайныхъ [нормальныхъ] впечатлѣній), но затѣмъ быстро усиливающееся,—которое во многихъ случаяхъ является какъ бы предвѣстникомъ второй стадіи коннабиноза. Галлюцинаціи въ сферѣ общаго чувства, состоявшія изъ трудно описуемыхъ внутріорганическихъ ощущеній, а также субъективнаго движенія, вскорѣ достигли до размѣровъ сильной гиперэстезіи ($10^{0}50'$ sqq.). Интенсивность дѣйствія быстро прогрессировала. Сначала я чувствовалъ обычное повышеніе жизненнаго интереса и возбужденіе иниціативы, а затѣмъ возбужденіе сдѣлалось хаотическимъ и производило впечатлѣніе бѣшенаго потока или водоворота (Multa in mente volvebam пришлось бы измѣнить въ multa in mente volvebant). 12^{0} и crescendo $12^{0}15'$—своеобразная гиперэстезія зрѣнія и слуха. Быстрая и разнообразная смѣна мыслей ($11^{0}42'$—).

Переходъ отъ умѣреннаго, спокойнаго подъема психич. энергіи къ слѣдующей фазѣ произошелъ очень быстро (въ $11^{0}45'$—$6'$, т. е. въ 4^{0}—5^{0} минутъ послѣ «начала дѣйствія», т. е. собств. начала второй стадіи—«стадіи проявленіяпри небольшихъ дозахъ эта стадія была предпослѣдней: за нею непосредственно слѣдовала продолжительная стадія реакціи).

($12^{0}15'$—$20'$)

Чувствуешь себя точно на обломкахъ корабля, потерпѣвшаго крушеніе; Мое состояніе невольно символируется въ такой мысленной картинѣ.

(Пріемомъ напр. NaBr *можно* [2]) вызвать переходъ отъ третьей стадіи къ предыдущей, но я сдѣлаю это не прежде, чѣмъ замѣчу характерныя особенности 3 стадіи и дальнѣйшихъ). Характеръ мысленной работы совпадалъ съ описаніемъ въ началѣ опыта 30 v. Самые незначительные стимулы (случайное воспоминаніе, и т. п.) опредѣляютъ направленіе умст. работы и выборъ области интереса. Интересъ доходитъ до лихорадочной интенсивности ($12^{0}45'$—$50'$).

---

[1]) (Сравни напр. 6 сентября (90); γ стр. 27: *гиперэстезія* чувства озязанія и температуры).

[2]) См. напр. Not. Cannb. 11. іюня 1891.

(1^0—$1^0 50'$ Coena es colloquium).
Вліяніе воспитанія и наслѣдственности на характеръ ребенка.
$1^0 55'$—$2^0 10'$ in fabrica.
$2^0 20'$. Эстетика въ симметріи Echinodermata.
$2^0 28'$—in fabricam.
Ca $2^0 50$—reactio (?) Ca 3^0 Camph. br. 0,25.
Ca $4^0 30'$—$45'$ Возвращеніе ко 2 стадіи (дѣйствіе Camph. br.).
7 іюня 1891.
$2^0 40'$—λ. 0,1
$5^0 22'$—λ. 0,1 } Naviculi constructio-
$6^0 46'$—λ. 0,1
Actio *gradatim*; cibus; «Nanà magnam impressionem in me fecit.
$8^0 30'$—actio intensiva
Postea
In lecto: | Слуховыя галлюцинаціи и иллюзіи достигли такой интенсивности, что субъективно не отличались отъ воспріятія реальныхъ звуковъ ничѣмъ; я слышалъ прекрасную музыку и пѣніе (галлюц.); мнѣ казалось, что оно доноситси изъ окружающаго меня пространства (—признакъ *полной* слуховой галлюцинаціи). Кваканье лягушекъ реально преобразовывалось въ художественныя музыкальныя созданія (иллюзіи).

11 іюня 1891.
$10^0 35'$—λ. 0,2. | «Бесѣдка»; лѣтняя природа.
$1^0 10' 30''$—λ. 0,2. | Calor Splendorsque Solis.
| Heinrichus Heineus. Lyrica.

(N. Разсудочность и впечатлительность взаимно не исключаются).

Первыя ощущенія коннабиноза стали обнаруживаться постепенно, въ промежуткѣ между—$1^0 30'$—$1^0 45'$. Я читалъ лирическія стихотворенія Гейне, учась декламировать. Интенсивность впечатлѣнія (а также безъ сомнѣнія и техника декламаціи) все возростала; вскорѣ ($1^0 40'$) меня окружалъ субъективный лирическій міръ.

Иллюзіи общаго чувства ($1^0 50'$), (ощущеніе движенія, etc). Своеобразныя слуховыя воспріятія (см. предыдущія описанія). Смутное сознаніе разнообразной психической работы (ca 2^0).

Ты слышишь лепетъ мысли ($2^0 10'$).

Ca $2^0 15'$: «Mergrusz («Θάλαττα; Θάλαττα»)
«Die Nordsee», Zweiter Cyklus.

Тогда я впервые понялъ лирическій языкъ такихъ произведеній Гейне, какъ 1, 2, 5, 6 изъ «Nordsee»).

Еслибы я не боялся мистическаго языка древности, то сказалъ бы, что прочитанныя строфы запечатлѣвались въ глубинѣ моего *духа* [1]) огненными буквами.

Субъективный міръ гашища... (γ)

Явленіе раздвоенія личности.

У меня появилось смутное второстепенное сознаніе... (γ)

(altera conscientia древнихъ).

(При закрытыхъ вѣкахъ—яркія цвѣтныя фигуры, гораздо болѣе интенсивныя, чѣмъ фигуры гипнагогическихъ галлюцинацій).

Ca $2^0 45'$ рѣзкій—ψ. ∞.

---

[1]) „Боуде сей моглъ быти допущенъ“, ꙗко сѫщность, а не абстрактнаꙗ фикціꙗ.

$2^0 55'$. cs спасаюсь отъ побѣдоноснаго гашиша при помощи (Cumpl. br., NaBr C^6H^5, NH. CB^3C^0, Na HPo4).

«Побѣда гашиша не даетъ мнѣ покоя».

(Alku biudi).

Сознаніе личности терялось; оно замѣнялось сознаніемъ пространства, полнаго мыслей и красокъ , фигуръ и тѣней, идей и воспоминаній, etc, etc, etc.

Но сознаніе личности сдѣлало послѣднее, и несомнѣнноо-побѣдоносное усиліе къ сохраненію своей свободы, рѣшивъ, что эта пѣснь гашиша будетъ его лебединой пѣснью, или говоря прозаически—что индивидъ, которому принадлежитъ это сознаніе, навсегда разстанется съ Bhang [1]).

1891 іюля 11 L. $3^0 23'$ post merid.

$3^0 15'$. *Зрительныя иллюзіи* возникали при полузакрытыхъ вѣкахъ $5^0 50'$. Осязательныя иллюзіи (ощущеніе прикосновенія жидкости), etc.) [при иллюзіи осязанія?].

22 іюня 1891.

$2^0 50'$—λ. 0,2.

—Lectura (ex Zeitgedichte H. Heine; Harzreise);—conflictulus, v. Hemer

Ferri fusio; colloq. c. V. L. (v. Hemer.).

Первые, едва уловимые слѣды явственнаго дѣйствія (=начало «второй» стадіи—стадіи проявленія, [въ другихъ замѣткахъ] я замѣтилъ между $6^0 50'$ и $6^0 55'$, записывая въ своемъ дневникѣ разговоръ съ В. Л. (см. 22 іюня).

Оживленная оригинальная мысленная работа.

Внутриорганич. ощущенія (—движенія, давленія—), иллюзіи общаго чувства—(см. прежнія Not. Cannb.).

Ambulatio in horto; mundus plantarum.

Vesperi—colloq. c. T. Kh. (v. Hemer.).

8^0—$10^0 30'$ spq actio toitis

Зрительныя галлюцинаціи состояли изъ множества различно украшенныхъ узоровъ и фигуръ, носившихся въ позѣ зрѣнія. Между цвѣтами преобладали свѣтлые оттѣнки. Узоры и фигуры измѣнялись путемъ смѣны или путемъ метаморфоза; они замѣнялись также видами и сценами. Всѣ эти зрительные образы появлялись въ полѣ зрѣнія, при открытыхъ глазахъ, такъ и при закрытыхъ, а также въ темнотѣ.

Гиперэстезія зрѣнія выражалась, между прочими, что рѣзкія сочетанія цвѣтовъ [2]) производили какое то странное, поражающее впечатлѣніе. Оно настолько оригинально, что трудно поддается сравненію съ впечатлѣніями нормальной жизни.

Слуховыя иллюзіи. Вмѣсто голоса какого нибудь лица, рѣчь котораго доносилась ко мнѣ издали, я слышалъ часто голосъ совсѣмъ иного лица, или принималъ голосъ за нечленораздѣльные звуки.

Галлюцинаціи слуха являлись въ видѣ музыкальныхъ звуковъ и различныхъ иныхъ слуховыхъ воспріятій. Тембръ ихъ былъ иногда совсѣмъ не похожъ на тембръ какихъ либо реальныхъ звуковъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (ca 9^0) слышалось «субъективное эхо» или вѣрнѣе, галлюцинаторное продолженіе звуковъ собственной рѣчи, длившееся 20″—30″.

Иногда различныя произвольныя дѣйствія напр. движенія становились автоматичными, и не сознавались до тѣхъ поръ, пока случай не заставлялъ обратить на нихъ вниманіе.

Зрительныя иллюзіи, наполнявшія мою комнату загадочными живыми существами (11^0—12″), были настолько интенсивны, что я долженъ былъ увѣриться въ от-

---

[1]) Названіе инд. конопли.

[2]) Группа бѣлыхъ цвѣтовъ на темномъ фонѣ травяной клумбы, вечерамъ.

сутствіи этихъ призрачныхъ существъ (сложившихся изъ свѣтлыхъ и темныхъ полосъ на стѣнахъ моей комнаты) непосредственно осязаніемъ.

Замѣчательно, что чтеніе (декламація) выходило хуже обыкновеннаго, по крайней мѣрѣ въ промежуткѣ [1]) $8^0—9^0$, между тѣмъ какъ вообще (см. напр. 11 іюня, и много др.) техника чтенія въ высшей степени облегчалась, а художественная передача читаемаго произведенія выигрывала въ выразительности.

Характеръ умств. работы во время разговора и общее настроеніе—v. Hemer.

12 іюля 1890. (ε). 0,24 (dos. divis).

$4^0 30'$—ext. C. (ε) 0,06. Прогулка въ м. Т.—

$5^0 40'$—ext. C. (ε) 0,12. Замѣтн. проявл. дѣйств. $6^0 27'$.

$5^0 45'$—ext. C. (ε) Слабовыдержанные субъективные звуки $6^0 52'$.

Чувство удобства становится болѣе требовательнымъ. Настроеніе торжественности.

Впечатлѣнія скандала (по поводу разсказа о какомъ то поразительномъ противорѣчіи.

Записываніе затрудняется быстротой теченія и смѣны мысли, а также замкнутостью настроенія, такъ что изъ множества переживаемыхъ душевныхъ явленій, очень незначительная часть попадаетъ въ замѣтки. Domino—игра математич., а шашки—стратегическая. Aspectus faciei.

Внутри-органич. движенія и мѣстныя субъективныя выдѣленія теплоты. Мелькаетъ масса психической работы: чувства, мысли, представленія, образы, идеи, фразы, выраженія, воспоминанія, выводы, аналогіи...

Масса поэтическихъ эффектовъ.

Масса разнородныхъ чувствованій.

Какая-то всепоглощающая смѣсь (иллюзія записыванія подъ (воображаемую) диктовку), разнообразныхъ психическихъ продуктовъ.

Воображаемая дематеріализація окружающей вещественной среды. Удивительная быстрота психической работы. Мысль о сходствѣ съ видѣніями Апокалипсиса.

Летучіе контуры въ субъективномъ полѣ зрѣнія. Мысль о нулѣ бытія—о ничтожествѣ.

Попытка вообразить ничтожество.

Примѣръ фигурныхъ представленій: коробки съ географическими очертаніями.

«Страшныя логическія ереси». Борьба силъ тьмы противъ научныхъ началъ.

Несмолкаемый аккомпанементъ хаотическихъ звуковъ. Удивительная тонкость въ полѣ зрѣнія.

Живое участіе въ содержаніи и интересѣ слышимыхъ разговоровъ (real.) и одновременное теченіе разнообразной душевной работы (воспоминанія, разсужденія, математическіе выводы...).

Squ. (ε).

Блескъ литературныхъ картинъ. Зѣвота производитъ субъективныя вкусовыя ощущенія (иллюзіи вкуса). Состояніе крайне-интенсивной психич работы.

Мысль о психодинѣ и психэргѣ, воображенныхъ единицахъ психической силы и психической работы. Удивительный блескъ психическихъ явленій.

Масса причудливыхъ фигуръ слилась въ причудливое старческое лицо. Одновременная сонливость и возбужденіе (гигантскій ensemble звуковъ); буря съ аспектомъ глубочайшаго покоя. Чувство безконечной массы движенія во всемъ организмѣ.

---

[1]) Въ промежуткѣ $3^0—7^0$ техника декламаціи была замѣтно усилена, хотя ни эта техника, ни впечатлѣнія читаемаго не достигали такой интенсивности, какъ въ опытахъ 11 іюня, и др.

Субъективная тяжесть. Психическія находки и ихъ цѣнность. Увлекательная *идеи оптимизма* (чрезвычайная живость и свѣжесть впечатлѣній).

Измѣненіе самочувствія.

Оптимистическое настроеніе.

Волны въ мозговой массѣ.

Мысли о каннабинозѣ.

Акустическія иллюзіи воображенія (а не сознанія) : (музыка, пѣнье). Относительныя (полу—) иллюзіи сознанія, чувство (субъективн.) виновности.

Идея сокращеній какъ «напр.» и «и пр.» или «и т. д.» и тому подобныхъ.

Длинныя біографическія картины сценируются въ воображеніи.

(Пріемъ Thar-du 0,015 g.). Неисчерпаемое множество предметовъ интересн.

13 іюля 1890. ε (0,12 g.)

$2^{0}34'$— ε 0,06 g.
$2^{0}40'$— ε 0,06 g. } 0,12 g.

Начало дѣйствія $3^{0}00'$—сонливость.

Постепенное ослабленіе успокаивающаго дѣйствія; первый перевѣсъ возбужденія—
—$3^{0}45'$. (Чтеніе, прогулка, разговоръ). Усиленіе возбуждающаго дѣйствія—$4^{0}39'$.

Вторичное усиленіе—
—$5^{0}24'$.

Потокъ внутри органич. движеній и субъективныхъ ощущеній, предвѣстниковъ пассивной (и вслѣдъ затѣмъ активной) психической работы—
—$5^{0}37'$.

Чтеніе; впечатлѣнія и мысли по поводу читаемаго, *разборъ и оцѣнка*. (Эти послѣднія слова послышались произнесенными слитно въ измѣненныхъ формахъ: «разборы Яценка» и разборъ hiacyntha»). Быстрота появленія и смѣны разнообразнѣйшихъ психическихъ явленій затрудняетъ ихъ записываніе.

Новое усиленіе—$6^{0}11'$.

Слуховыя иллюзіи ($6^{0}17'$): тончайшее жужжаніе или журчаніе вмѣстѣ съ представленіемъ о спиральномъ пучкѣ желтыхъ линій. Множество подобныхъ этой фантастическихъ подробностей. Иллюзіи воли (собственныхъ намѣреній) (не замѣчено вовсе при α, β, γ, η), (неясно выраженныя). Звуки—раскаты. Живое участіе въ интересѣ вспоминаемыхъ происшествій или воображаемыхъ разсказовъ.

Пассивная психическая работа усиливается при тишинѣ, уединеніи, сосредоточенности.

Мысль о всемогуществѣ фантазіи.

Глубоко-интересна и типична бываетъ причудливая подробность, схваченная на лету у жаркой мысли изъ волшебнаго потока гашишныхъ чувствованій и идей, но непередаваемо-своеобразный характеръ образовъ, очаровательная тонкость понятій и чувствованій, изумительное могущество синтетической способности не поддаются выраженію. Тяжелая, гнетущая интенсивность внутри органич. движенія и псевдочувствованій. Борьба сознанія съ пришлой психической работой. Война на Психическихъ Титановъ съ Зевсомъ сознанія. ($6^{0}42'$). 7^{0} Игра въ Domino. Разговоръ въ обществѣ. Крайнее возбужденіе. ($9^{0}56'$). Ошеломляюшее чувство. Субъективный голодъ. Неистощаемыя остроты. Состояніе забытья. Чтеніе стихотвореній. Усиленіе эстетическаго чувства. Неясности декламаторской техники. Разговоръ; удовольствія бесѣды. *Чувство товарищества, дружбы.*

Всепроникающее вображеніе и всехранящая память. Смѣна воображаемыхъ занятій и положеній. Безконечная ширь фантазіи. *Субъективное всезнаніе* Предсказываніе исхода игры въ Domino. Мысленное внушеніе. Кругосвѣтное путешествіе въ об-

ласти мысли. Чередованіе представленій о содержаніи различныхъ книгъ; баснословная концентрація содержанія; текстъ цѣлыхъ томовъ субъективно передается въ продолженіе минутъ.

21 іюля 1890. E. 0,24 д. (unâ dosi).

50.

6⁰15′—0,24 д. E. C. I. (ε).
7⁰53′—начало дѣйствія } промежутокъ=1⁰38′.

$C^2H^4Cl^2$, П. К. Мыс. Потокъ внутриорганическихъ движеній.

Consilium excursionis. Особ. чувство въ груди.

Множество (кажущихся) разсѣянныхъ въ пространствѣ, невещественныхъ узоровъ; цвѣтъ ихъ.

Navvationes D. M. Caucasus. Шоуми Марица Впечатлѣнія охоты. (по поводу разсказ.)

Respir. diff. Волшебное освѣщеніе субъективнагс прихическаго горизонта.

Иллюзіи (неполн.) собственныхъ положеній. Пѣсни поселянъ. (real.).

Періодическая диссиметрія слухового воспріятія.

(Яснѣе отпечатлѣваются въ сознаніи то правая, то лѣвая сторона слуховой сферы).

Мнимое затрудненіе рефлексіи. Впечатлѣніе волшебной торжественности.

51.

Поразительно трогательныя, громкія (не успѣваешь записывать...)

...Разговоръ... изъ жизни собаки; умъ животныхъ. Дистермозъ (dysthermosis)

Тонкій комизмъ разговора. Всепроницающая масса внутриорганич. движеній, сопровождающихся чувствомъ мнимой дематеріализаціи.

Narrationes. venatio. Grusia. Canis aureus (Shacal).

Поразительная интенсивность и субъективное могущество общаго впечатлѣнія чудесной психической работы и странныхъ физіологич ощущеній. | Ритмъ пѣсни (φαντ).

(Idem alias: vide pag. Notarum 51). Воображенныя впечатлѣнія верховой ѣзды.

52.

Воображаемый дуализмъ зрительнаго поля. (см. ч. т.).

Маймонидъ. Исторія Іудаизма. Очаровательная живость всего окружающаго. Безконечный рѣзкій ритмич. звонъ.

Мысленная картина: (Subj). (Subj).

«ἐγὼ подписываю декретъ объ абсолютной отмѣнѣ смертной казни». Гигантская гиперэстезія слуха и вкуса, зрѣнія и осязанія.

Подавляющая интенсивность психич. явленій.

Oratio ὡς Θεόν (real). — Томящій, ужасающій хаосъ сознанія. — Волны и потоки представленій.

Phobos. — «Desiderium lamentativum conscienticae».

53.

Отчаянная борьба сознанія съ подавляющимъ могуществомъ пришлой психической работы.

ὑπεραισθησία ψυχῆς. Sulfonal. dos. 1,5. NH^4Br. 3,0.

Безконечная психическая боль — «Фаустъ». роль Мефистофеля. — Ужасающее чувство всевѣдѣнія.

Раздирающая физич. и психическая боль.

Образъ Герострата. (Вспм. Надсон.). — «И сквозь позоръ вѣковъ страдающему { «таинственному» (ч. т.). брату «Могучій откликъ свой торжественно подать»...

Дисмнемозы. (Dysmnemosis).

Squ. ε. 21 іюля 90.—0,24 д. un. dosi. 54.

22 іюля 90. Глубокая реакція. Domino.

Медленное, тяжолое возвращеніе къ реальной жизни. (real).

Угнетеніе. (Идея) гордой самостоятельности, несмотря на тяжесть положенія.

Coff h. br. }
Coff. citr. }

Domino. — Отъ звуковъ услышанной пѣсенки повѣяло надеждой...

Свѣжая улыбка жизни. (φαντ) — Греч. буквы. числительн. (real).

Гнетущіе психическіе сумерки. — Жажда покоя. — «Отдохни надъ страницей поэта».

Мысль о психич. ядѣ. — Свѣтлая природа, облегчающая душу.

Начало отраднаго успокоенія. — Мысль о раскаяніи. 55.

Coena. Quas: Aquilina, puella formosa Microrossica. } (real.).
(real.) Consilium in silvam proficiscendi. }

Раздумье.

Возстаніе сознанія противъ тираніи HSH-а. — Ars legendi eiusque voluptates. — Музыка. Вліяніе ея на душу

Explosiones CHg (NO^2) CN (pistons).

Pharmacognosia prof. Mentin.

Profectio in silvam (real.). — Consilium Scholae Tripoliensis visitandae. Femina formosa rustica.

Впечатлѣнія свѣтлаго лѣтняго — Adventus in silvam.

дня и деревенской
природы.

56.

Ambulatio in silvâ.
Оживляющее и примиряющее дѣйствіе природы.
Reminiscentiae. Puellae rusticae.
Avis (Gallinula Chloropus).
Μητροφιλία
Душевное спокойствіе.

7 іюля 92.
1. Усиленіе эстетическаго чувства.
2. Наклонность къ символизированію и аллегоріи.
Результатомъ обоихъ фактовъ является кажущееся *оживаніе внѣшняго міра*:

Моя болѣе чѣмъ скромная комната кажется мнѣ полной глубокихъ красотъ; всѣ предметы пріобрѣли для меня новую, невѣдомую дотолѣ выразительность. У открытой двери, сквозь которую въ комнату вливается животворящій лучъ солнца, задумчиво колеблется занавѣска, носясь въ пространствѣ подобно мечтѣ поэта; нѣсколько цвѣтковъ олеандра глядятъ на меня съ чарующей улыбкой; книги на столѣ собрались въ тѣсную кучку и таинственно бесѣдуютъ другъ съ другомъ нѣмымъ языкомъ своихъ буквъ; тупо глядитъ на меня ветхій словарь, а стройная конопля въ букетѣ гордо простираетъ въ воздухѣ свои темнозеленыя пальцы-ланцеты.

28 іюля 90. (ε) Dos. divis. 0,02×6 (t=1⁰30′).
2⁰30′ diei (0⁰00′)—0,02. ε.
2⁰45′ (0⁰15′)—0,02. ε. (Lectura).
3⁰ (0⁰30′)—0,02. ε. (Чувство уютности; на дворѣ усил. вѣт.).
3⁰15′ (0⁰45′)—0,02. ε.
3⁰30′ (1⁰)—0,02. ε. } (Lectura).
4⁰ (1⁰15′)—0,02. ε.
Нач. дѣйств. 4⁰32½′ (1⁰47½′) (вдругъ). Дождь (real).
In mente—epicureïsmus (grave lateque).
Своеобразныя (не какъ γ?) энцефалич. ощущ. при перемѣнѣ положеній тѣла (при вставаніи, ходьбѣ). (Мысль объ) исканіи счастія (субъективнаго, эгоистическаго).
Голодъ (физіологич. матеріальн., а не субъективн.).
Странная неопредѣленность душевнаго настроенія.—5⁰—(2⁰30′).
Отрывокъ изъ Heldebrandslied.
«Welaga nu, waltant got, wêwurt skihit!»
(Замѣчательная сила и свѣжесть впечатлѣнія отъ произнесеннаго отрывка).
Nibelungenlied.
Uns ist in âlten mæren wûnders vil geseit von hèléden lòbebǽren von grôzer kúonheit (Impress.)

60.

Трудолюбіе мысли и лѣнь пересказа.
5⁰20′ (2⁰50′). Впечатлѣнія отъ читаемаго.
Гдѣ мы находимся? (interrogari Denatum).
«Какъ понять это?» (Д. М.) Εἰπέ μοι φωτὸς λόγον (Reminisc.).
(Разговоръ). Чѣмъ меньше число, тѣмъ больше синонимовъ для его обозначенія.
Lingua hebraïca.
Kalium iodatum, a Donato donatum.

(Мысл.) похвальная рѣчь... (мгновенный дисмнемозъ)... панегирикъ іодистому калію.

Kilogramme. Mètre. Seconde (длинный разсказъ о точнѣйшихъ пріемахъ, послужнвшихъ для приготовленія étalons килограмма и метра).

Adventus M. Rz.

Conversation joyeuse et Spirituelle. $6^0 27^1/_2$ ($3^0 57^1/_2$)—
—сухость во рту. Усиленіе мышечной силы. увеличеніе...

Sovoïdae. Vorobicinae (avium classificatio; шутка).

... «Такой «постъ» былъ бы для меня
настоящимъ «постомъ».

$6^0 43'$ ($4^0 13'$). Непріятная интенсивность и неопредѣленность внутриорганич. ощущеній и самочувствія.

61.

Нѣсколько сильныхъ выстрѣловъ, послышавшихся вблизи, произвели мгновенную вспышку воинственнаго настроенія.

Puella microrossica (real.) [1]
Microrossifilia. Impres.

$7^0 11'$ ($4^0 41'$).
CCl_3
$CH<^{OH}_{OH}$ (dos. 0,5д.)

Какая-то мистическая жизнь.

Чувство давленія (?) въ груди. Разговоръ: Здѣшнія условія. Микроскоп. нѣмое общ. Недостатокъ въ обм. мыслей.

$7^0 56'$ (5026'). «Свѣжій человѣкъ» (слова Д. М.) (Претензіозность).

«Sapor *nurriturae*»

«Noli dechirare librum tuum, puer» (Reminiscentia
(dechirer) e narratione lectâ).
-fr-

Coena Romana. (real.) (мысль). Colloquia gastronomica. Караимы. (типы въ воображеніи).

... Разговоръ... Субъективное (αὐτο-) движеніе.

62.

Особенности старческаго разсказа и разговорной рѣчи.

Grusia: narrationes gymnazyales D. M.

Iraclie, rex Mingreliae. разсказъ про обжору.

$8^0 22'$ ($5^0 52'$). Сонливость.

Мысль: HSH—въ одно время и ярмо рабства и блестящая корона волшебнаго могущества, и поэтическій вѣнецъ...

Ужасы (φαντ.) Culina (real.) Domino. (real.)

Confetti. (real.) ..,разговоръ... Cynismus. (κύων).

$9^0 55'$ (7025'). 62 bis.

De V. Gr. individualitate. (πολλά) Epist. A. S. ult.

$10^0 22'$ ($7^0 52'$).

---

[1]) Малороссійская дѣвушка (реально).

Состояніе полубдѣнія («Semivigil») $11^0 - 1^0 35'$.
(черновъ. текстъ ($8^0 30' - 11^0 5'$).
Circa 2^0 ($11^0 30'$)—сонъ.
29 іюля 90. 63.
Circa h. 8^0—lav. Borysth. [1]).
Спокойное, серьёзное настроеніе.
Adventus C., pueri. Разборъ, записываніе въ чистовую и дополненіе замѣтокъ (59—62, 62 bis).
12^0—0,06 г. Coena $12^0 20'$. Colloq. vivum; conflictus.

Eridos esthizis picra $1^0 15'$ $\left\{ \begin{array}{l} CCl^3. \\ CH<^{OH}_{OH} \end{array} \right.$ dos. 0,5 д.

Multa mente volvebam. Gazettarum lectura $1^0 35'$.
Consilium colloq. scient. popul.
Adventus puerorum (Const. Ioh. Alexi)—circa $2^0 45'$.
Colloq. cum pueris. Longum colloquium cum. D. M
Живая, стройная и блестящая умств. работа.
Demonstrationes chem. $4^0 37'$. Lectura. Colloq.

Постепенный переходъ отъ стройнаго, изящнаго теченія мыслей къ какой-то психической нѣмотѣ. (кратковремен.)
Puerorum discessus. $6^0 20'$. Colloq. c. D. M. In ore.
Molesta in pectore, obscura in corde. $13(OH)^3$.
65.
Novus conflictus (c. A. M). Temporis vitalis concentratio subiectiva.
Χρόνος πάντων πάθων ἄριστος ἰατρός
Мысль о неприкосновенномъ индивидуальномъ мірѣ.
Abentheuerisches Leben.
Сліяніе реальныхъ впечатлѣній съ впечатлѣніями читаемаго въ общій субъективный міръ.
Clloquia.
cum
D. M.
de diversis.
$10^0 30'$
1^0 ($13^0 00'$),
4 августа 1890. γ. 0,09×2. (t=1^0). (77).
1) *$11^0 9'$ diei (=$0^0 00'$)—0,09.* γ. (massa 37,5 $^0/_0$).

(Вкусъ массы; ассоціація вкусоваго ощущенія съ воспоминаніемъ о дѣйствіи вещества производитъ сильное своеобразное впечатлѣніе).

2) $11^0 24'$ ($0^0 15'$). In fabricam. *Ferri fusio. Impressio* machinae vaporariae agentis. Могучее, титаническое воплощеніе человѣческаго ума.

$11^0 34'$ ($0^0 25'$). *Colloq.* c. V. L. de felicitatis conditionibus. *Сравненіе* пароваго котла съ «пещерою вѣтровъ» Эола. Шипѣніе пара; шумъ машины; гулъ ремней («пасовъ»). Фантастическая фигура вылитаго на землю чугуна (real.) (фигура человѣка въ странной позѣ).

---

[1]) m. lav. Borysthено=т. е, купанье въ Днѣпрѣ.

3) *12°9′ (1°0′)—0,09. γ. (i.l).* *12°12′*—sens. encephalic. Lectura «Universi» (Wsz.») —Astrnm. (Mercurius.) (real.) *Явств. дѣйств.* 12°29′ *(1°20′)*. Множ. *внутриорганич. ощ.* Начало явств. измѣненій въ *умств. работѣ* 12°32′ *(1°23′)*. *Чувство* слаб. *давленія* въ ближайшихъ къ внутреннему уху частяхъ слуховой сферы. *Sens. inpector.* 12°35′ (1°26′).

4) 12°40′ (1°31′). Coena. D-tum et M-am Rz. apellatum eo in fusorium (real.) Coena. Colloquia et *reminiscentiae.* Diversa. Мотивъ: «Полюбилъ всей душой»... Δαβίδ. стар. пов. narrationes. Colloq. de iudaeis. Impartialitatis humanitatisque idea.

4) Финансовыя отношенія къ mitir. *Respir. grav.* 1°37′ (2°28′) (real.) Ambulatio in acaciarum viâ. Colloq. botanic. c. D. M. et. M. Rz. 1°40′. (2°31′). Aegrotus venit. Недоразумѣніе (см. ч. т. «squ. 4»). Mundus internus. *Мнимая пропасть* между внѣшнимъ міромъ и сознаніемъ.

(Squ. 4 bis). Цѣлая *рѣчь* изъ полусознанныхъ, полузакрытыхъ словъ. *Actio fortis* 2°0′ (2°51′).

Sens. *encephal. inpector.* Невольно *объективируешь* свое состояніе.

Аккомпанементъ странныхъ, волнообразныхъ *звуковъ.*

Субъективный hyperkinesis правой ушной раковины.

5) Hyperaesthesiae atque mundi alieni (ξένου κόσμου) invasiones.

Hyperaesth. слуха. 2°8′ (2°59′). Ассоціація представленій между формами буквъ и выраженіемъ человѣч. фигуръ. Крайн. *интенсивн. дѣйствія. Субъект. тепло* въ лѣв. части грудн. клѣтки.

Въ субъект. полѣ зрѣнія (при закрытыхъ вѣкахъ)—множество характерныхъ *узоровъ.* Отдаленныя переливы заунывныхъ *звуковъ.*

Послышавшійся (real.) звукъ (кв. лягушки) дополняется *субъективнымъ звуковымъ продолженіемъ. Respir.* grav. 2°12′ (3°3′).

Сильное возбужденіе.

78 (6 к.)

2°15′ (3°6′). In balcono. Musice.

Экзальтація, повидимому, вкрадчиво-нѣжная, а въ сущности—грозная и могучая. Поразительная *сила музыкальныхъ впечатлѣній:* каждый звукъ проникаетъ все существо, овладѣваетъ всѣмъ сознаніемъ.

Intra murum scribo:

(ad se ipsum:) «Твоя запачканная соломенная шляпа показалась тебѣ чистою, какъ ты это назовешь? Субъективной чисткой шляпы?

(Ad se ipsum:) Нужно послѣ грозныхъ явленій каннабиноза отдохнуть въ тихой средѣ семейства. N. Sch.

(real.): Inter arboribus; Sab. Sch., Soph., Ev., ἐγώ. Quas.

79 (7—l).

Hypercallosis (puellae Aq.).

Narrationes gymnazyales 1890. VIII' clas. Gymn. III. Kiov.

Colloq. de sacerdotibus ecclesiarum (≡et W≡). Botanice et aesthetice.

Robiniae pseudoacaciae seminum varietates.

Circa 3° (3°51′). Colloq. c. M. Rz. Бичурина (Theatr.).

80 (8—m).

In Robiniarum alleâ. Donati M. gemma (camea).

Пространство наполнено смѣхомъ.

Consilium ambulandi c. D. M. et M. Rz.

Praeparationes. 3°35′ (4°26′). *Ambulatio.*

Calor splendorque extremus. 3°49′ (4°40′).

Idyllia rustica. (*Collines*). (Tatar-kurghan) 4°15′ (5°6′).

Felicitas, data naturâ (reminisc. Надсонъ. naturae actio psychica).

Природа—источникъ счастія.

Общеніе съ нею оживляетъ душевную жизнь человѣка.

Научные идеалы. 81 (9—n).

Serena. natura... Omnia pulchra, *praeter hominem.* $4^{0}37'$ ($5^{0}6'$). «Анестезія стыда» у Х.У. $4^{0}55'$ ($5^{0}46'$). Д. М. in pharmaciam tripoliensem nos cum MRz. per Borysthenis ripam domum contendimus.

Отдыхъ на берегу Дн. *Quies,* umbra; pulcher aspectus. $5^{0}13'$ ($6^{0}4'$). Уютность спокойн. сост. *De V. G. dictum.*

Actio psychica. *Status animi mutatus.*

Multa gravia mente volvebam. *Animi dolor.* 82 (10—p).

Expectatio D-ti M. *Colloq. de V. G.*

Reditus. $5^{0}30'$ ($6^{0}21'$).

Contrastus inter iocosam E. mentem meamque obscuram. $6^{0}35'$ ($7^{0}26'$).—$6^{0}48'$ ($7^{0}39'$).—см. ч. т.

(Ante portas domi aestivi partis inferioris) colloq. c. D. M. de animalium ἀταραξίᾳ ψυχικᾷ. Vita humilis mutaqüe...

Слѣпой случайности нѣтъ.

Различныя выраженія этой идеи:

1) Фатализмъ (μοῖρα (τύχη, ἀνάγκη), fatum, al-khadar).

2) Понятіе о цѣлесообразной связи жизненныхъ фактовъ, о подчиненіи кажущагося «случая» опредѣленной законности. $7^{0}20'$ ($8^{0}11'$).—см. ч. т. 83 (11—q).

Narrationes D. M. *Fere normal.* 8^{0} ($8^{0}51'$).

Colloq. c. matre de futuris. [1])

In dom. aestiv. contendi $8^{0}25'$. ($9^{0}16'$).

$8^{0}35'$ ($9^{0}26'$). *Сонливость.* ἡμίυπνος. $8^{0}35'$—$8^{0}49'$ ($9^{0}26'$—$9^{0}40'$). 84 (12—r).

ὕπνος. $8^{0}50'$—$9^{0}9'$ ($9^{0}41'$—$10^{0}0'$).

Dormitum ivi circa $9^{0}30'$. ($10^{0}21'$).

Періодическое (послѣдовательное) засыпаніе.

Легкая *мысленная работа.*

Межд. проч слѣд. *мысль*:

Нельзя-ли теперь-же уничтожить ту часть замѣтокъ, гдѣ записано *de W. Gr dictum,* чтобы такимъ образомъ обречь эту печальную вѣсть на субъективное забвеніе.

Somnia notabil. viva naturaliaque. (Дѣйств. γ продолж.).

Полупробужденіе { свѣтъ свѣчи. Д. М.

Somnium. (Ibd. plt.).

Пробужденіе $1^{0}40'$ ($14^{0}31'$) { Чистое звѣздное небо. Большая медвѣдица низко надъ НО.

2^{0} ($14^{0}51'$).—Слабый какъ бы отдаленный аккомпаниментъ субъективныхъ *звуковъ* (слабыхъ, протяжныхъ, неравномѣрныхъ).

$2^{0}44'$ ($15^{0}35'$)—чит. О. Х. Д. М.

3^{0}—$4^{0}30'$ ($15^{0}51'$—$17^{0}21$). *Сонъ.*

---

[1]) Бесѣды съ матерью о будущ.

(5. VIII). 84 (bis).

$4^{0}30'$—$4^{0}45'$ ($17^{0}21'$—$17^{0}36'$). Sol oriens.

5^{0}—$8^{0}45'$ ($17^{0}51'$—$21^{0}36'$). *Сонъ.*

30 мая 1891.

$2^{0}40'$—ҡ. 0,2

(Saltatio; ambulari; locutus sum cum trph. Khi edi fruct; lusus Domino cum parva Suphin).

$5^{0}40'$—phanerosis.

Я почувствоваль своеобразное ощущеніе ва лицѣ, въ глазницахъ и въ головѣ, которое очень часто является переходомъ отъ скрытой стадіи дѣйствія къ слѣдующей.

Внутриорганич. ощущенія усилились и распространились на грудь. Измѣненія самочувствія трудно описать; то же, впрочемъ, относится и къ «нормальному» самочувствію.

$5^{0}50'$ я услышалъ множество субъективныхъ звуковъ; эта слуховая галлюцинація постепенно становилась интенсивнѣе и звуки стали дифференцироваться; субъективный характеръ этихъ звуковыхъ ощущеній рознился отъ воспріятія *реальнаго* звука; мнѣ казалось, будто звуки происходятъ изъ иной среды, чѣмъ наша матеріальная среда, или, по крайней мѣрѣ, не изъ окружающаго меня пространства, а изъ моего мозга.

Но иногда галлюцинаторные звуки сливались или смѣшивались съ одновременно воспринятыми реальными звуками, напр. звуками пѣсни прохожихъ, которая теперь ($6^{0}10'$) доносится до моей комнаты.

Во все это время въ моемъ мозгу происходила еще полусознанная мысленная работа, отличавшаяся только быстротой теченія и своеобразностью идеаціи: къ воспоминаніямъ присоединились мысленные образы лицъ съ различнымъ выраженіемъ. Слышались также «внутренніе голоса»—(импульсивныя явленія въ сферѣ рѣчи или же—слуховыя галлюцинаціи, не проэктированныя въ пространство)

$6^{0}24'$. Образы, случайно вызванные памятью, обладали большой яркостью. На нѣсколько мгновеній въ субъективныхъ звукахъ слышался свистъ вѣтра. Иллюзіи въ въ сферѣ общаго чувства сдѣлались болѣе интенсивными; по поводу этихъ же иллюзій у меня явилось воспоминаніе о П. А-омъ, который описывалъ мнѣ свои HSH-ныя впечатлѣнія; («я чувствовалъ такое *особенное* какое то—чувство въ груди...») мысленный образъ моего друга былъ поразительно живъ ($6^{0}35'$).

Мысленная [1]) работа принимаетъ форму субъективнаго разговора, иллюстрируемаго образами собесѣдниковъ, отвѣчающихъ выраженіемъ своихъ лицъ на мои мысли.

$6^{0}55'$. Множество неясныхъ узоровъ, видимыхъ въ полѣ зрѣнія, походило скорѣе на «mouches volantes», чѣмъ на собств. «зрительныя галлюцинаціи»; (хотѣлось бы видѣть *полную* зрит. галл.).

$7^{0}1'$. Почти невольный порывъ радостнаго чувства.

$7^{0}5'$. Гиперэстезія слуха и зрѣнія становится замѣтною.

---

[1]) Случай съ пляксомъ породилъ у меня банальную мысль о названіи нашего жилища Klakenlard'омъ, а сама чернильная катастрофа [1]) наполнила меня комическимъ ужасомъ.

---

[1]) Въ свою очередь слово «катастрофа» привело мнѣ на память споръ о второмъ или третьемъ ударяемомъ (accentué) слогѣ { ⏓ —́ ⏑ ⏑ или / ⏒ ⏑ —́ ⏑ ? }. (Нѣтъ возможности записывать всѣ подобныя мелочи вслѣдствіе быстроты умственной работы).

(Мысль по поводу «цинизма, доходящаго до изящества»;—мнѣ думается, что «ц. д. до и.» это не болѣе, какъ эффектная фраза безъ всякаго существеннаго содержанія).

При закрытыхъ вѣкахъ я видѣлъ въ полѣ зрѣнія разнообразно двигавшіяся фигуры иногда неопредѣленнаго цвѣта, инога же окрашенныя въ довольно яркій цвѣтъ (коричневокрасный, зеленый, желтый).

$7^0 10'$—8^0. Явленія въ общемъ сходныя съ прежними. (Оживленный разговоръ представлялъ большой интересъ, но болѣе для меня, чѣмъ для слушателей); Cibus vespern.

$8^0 1'$. Рѣзкіе субъективные голоса.

$8^0 10'$. Ощущеніе «электрической паутины» на лицѣ.

$8^0 15'$—10^0. Saltatio.

5 іюля 1891. Ext. C. i. $0,1 \times 3$.

$12^0 40'$—λ. 0,1. (Circuitus—v. Hemerar.).

$2^0 31'\ 30''$—λ. 0,1.

$3^0 33'$—λ. 0,1.

Въ промежуткахъ между этими дозами дѣйствіе е. с і. было весьма замѣтно; ходъ каннабиноза былъ съ самаго начала довольно своеобразенъ, и не подходилъ подъ схематическое дѣленіе на «стадіи», подобно многимъ другимъ опытамъ. Переходы между стадіями были неожиданны и трудноуловимы; словомъ явленія каннабиноза были весьма *сложны*.

Когда я читалъ Гейне, (между 2-й и 3-й доз.), то замѣчалось обычное повышеніе техники чтенія и усиленіе экспрессіи, но впечатлѣнія читаемаго не доходили до лирическаго экстаза.

13 апрѣля 1892 г. μ. 0,4 (dos. divis).

$9^0 21'$—eci 0,1. $9^0 59'$—id. $12^0 44'$—id. $2^0 5'$—id.

Попытка замѣтить порядокъ, которому слѣдуютъ явленія каннабиноза.

$2^0 5'$. Первые слѣды замѣтнаго дѣйствія (трудно поддающагося передачѣ).

Своеобразное чувство въ груди.

$2^0 10'$. Слабый субъективный шумъ.

$2^0 11'$. Своеобразное чувство въ головѣ.

Интенсивность субъективнаго шума прогрессируетъ ($2^0 13'$).

$2^0 14'$. Hyperaesth. visionis. Всѣ упомянутыя внутриорганич. ощущенія (иллюзіи общаго чувства ?) постепенно усиливаются.

$2^0 17'$. Легкое чувство мышечной слабости.

$2^0 18'$. Измѣненіе самочувствія становится рѣзкимъ.

$2^0 21'$. Субъективная тяжесть.

$2^0 22'$. Ощущеніе холода (иллюзія чувства температуры ?).

$2^0 37'$. Чтеніе (про себя) сопровождается субъективнымъ «внутреннимъ голосомъ». (Явленія внутренней рѣчи).

Въ прежнихъ опытахъ наблюдались слабовыраженныя «импульсивныя явленія въ сферѣ рѣчи».

$2^0 42'$. Субъективные звуки достигаютъ размѣровъ настоящей слуховой галл. (шумы и ритмическій звонъ).

$2^0 46'$. Отдаленные голоса (галл. слуха).

$2^0 48'$. При закрытыхъ вѣкахъ субъективное поле зрѣнія окрашено въ темный зеленоватый цвѣтъ (или въ красножелтый цвѣтъ, когда на закрытыя вѣки падалъ

(разсѣянный) свѣтъ). На почти однородномъ фонѣ, окрашенномъ въ темный цвѣтъ вскорѣ вырисовываются движущіеся узоры и рисунки.

2°55′. Интенсивность внутриорганич. ощущеній и пр. повышается.

3°.—Und alles dreht sich hier im Kreise.

Mit Ungestüm, wie'n ſoller Traum!

H. Heine. «Anno 1839». (Neue Sedichte; Romanzen, 9). (pag. 61).

3°15′—4°9′. Stud. Anat.

4°10′. Общая гиперэстезія. Нервная дрожь.

Stud. Anat. 4°50′.—Слуховая галлюц.: пѣніе.

4°59′.—Слуховыя галлюц.: музыка.

5°5′.—Funes «nervosa».

Sub v sp.—ambulabam (v. Hemer).

ОТДѢЛЪ IV.

Критика и библіографія.

Проф. В. М. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга. Часть I-я. Методы изслѣдованія, волокна спинного мозга и мозгового ствола. Второе изданіе, совершенно переработанное и значительно дополненное. СПБ. 1896 г.

Едва-ли нужно говорить о выдающихся достоинствахъ книга проф. Бехтерева. Принадлежа къ первоклассным анатомамъ, авторъ въ приводимомъ трудѣ обнаружилъ особенныя достоинства своихъ знаній. Онъ повсюду строго различаетъ строго доказанное отъ вѣроятнаго и недоказаннаго, кромѣ того большая часть данныхъ (если не всѣ) провѣрены имъ или его учениками подъ непосредственнымъ его контролемъ; наконецъ выводы автора повсюду подкрѣплены ссылкою на неврологическую литературу. Такимъ образомъ трудъ автора удовлетворяетъ самому строгому научному запросу и въ этомъ отношеніи въ нашей литературѣ составляетъ unicum. Мы сочли своимъ долгомъ дать обстоятельный рефератъ книги и тѣмъ облегчить для читателя трудъ ознакомленія съ этой настольной книгой для современнаго невропатолога и психіатра.

Указавъ общіе методы изслѣдованія нервной системы, авторъ излагаетъ новѣйшее ученіе о нервныхъ единицахъ или невронахъ. Не входя въ подробное описаніе переферической нервной системы, Бехтеревъ останавливается на вопросѣ объ узловой или симпатической нервной системѣ и опредѣляетъ ее, какъ отпрыскъ центральной нервной системы. Узловая система состоитъ изъ нервныхъ клѣточекъ и нервныхъ проводниковъ двухъ категорій.

Гл. II. Волокна спинного мозга. Клѣтки спинного мозга то лежатъ разсѣянно, то собраны въ группы. Различаютъ слѣд. группы. Въ переднемъ рогѣ отличаютъ внутреннюю и наружную группы большихъ клѣтокъ. Въ задней части сѣраго вещества различаютъ группу Кларковыхъ столбовъ, разсѣянные клѣточные элементы задняго рога, малыя нервныя клѣтки Роландова в—ва, особую группу клѣточныхъ элементовъ въ заднемъ рогѣ (впереди отъ Роландова в—ва) и краевыя или пограничныя клѣтки задняго рога. Въ отношеніи направленія и развѣтвленія нервныхъ или цилиндрическихъ отростковъ всѣ клѣтки спинного мозга раздѣляются на 1) корешковыя клѣтки, 2) спаечныя (коммиссуральныя), 3) столбовыя и 4) клѣтки Golgi (25 стр.) [1].—Клѣтки корешковыя велики, обильны протоплазматическими отростками, расположены въ переднемъ рогѣ; цилиндрическіе отростки ихъ переходятъ въ передніе корешки, а протоплазменные (дендриты) идутъ далеко, за-

[1]) Цыфры въ текстѣ указываютъ страницы разбираемой книги.

ходятъ въ переднебоковые столбы и даже переходятъ на другую сторону въ передній рогъ. Спаечныя клѣтки переходятъ своими цилиндрическими отростками чрезъ спайку въ другую половину мозга, послѣ чего мѣняютъ свое направленіе на вертикальное. Загибаясь вверхъ и внизъ, у человѣка онѣ образуютъ между прочимъ внутреннюю группу передняго рога (27 стр.). Столбовыми клѣтками называются такія клѣтки, цилиндрическіе отростки которыхъ прямо проходятъ въ столбы спинного мозга (28 стр.). Клѣтки эти расположены главнымъ образомъ на пространствѣ между передними и задними рогами (также въ переднемъ и заднемъ рогахъ и въ Кларковыхъ столбахъ) и дѣлятся на клѣтки переднихъ, заднихъ и боковыхъ столбовъ. Отростки ихъ вѣтвясь идутъ въ одинъ или нѣсколько столбовъ одноименной или другой половины мозга. Клѣтки Golgi (30 стр.) отличаются весьма короткими отростками, которые очень скоро развѣтвляются на тончайшія древовидныя вѣточки (протоплазматическіе отростки ихъ мало вѣтвисты). Клѣтки эти встрѣчаются въ заднихъ рогахъ, и значеніе ихъ—объединять между собой многія клѣтки.

Физіологическое значеніе различныхъ категорій клѣтокъ еще не достаточно извѣстно (32 стр.). Корешковыя клѣтки переднихъ роговъ имѣютъ безспорно значеніе двигательныхъ элементовъ, а также значеніе питательныхъ центровъ для выходящихъ изъ нихъ нервовъ и иннервирующихъ послѣдними мышцъ (32 стр.). Клѣтки другихъ областей сѣраго вещества, посылающія свои цилиндрическіе отростки въ передніе корешки (напр. корешки боковаго рога) служатъ вѣроятно для иннерваціи гладкихъ мышцъ внутреннихъ органовъ при посредствѣ симпатическихъ нервовъ. Что касается до клѣтокъ заднихъ роговъ, то онѣ играютъ роль чувствующихъ и рефлекторныхъ центровъ (33 стр.). Согласно провѣренному авторомъ закону большая часть заднихъ корешковъ послѣ перерѣзки ихъ (между узломъ и спиннымъ мозгомъ) перерождается въ восходящемъ направленіи. Признается безспорнымъ, что межпозвоночные узлы являются началомъ заднихъ корешковъ (37 стр.). Ходъ заднихъ корешковъ въ спинномъ мозгу выясняется лучше всего по методу серебрянной—обработки Golgi, Ramon y Cajal, Pahl). Большая часть волоконъ заднихъ корешковъ по вступленіи ихъ въ спинной мозгъ развѣтвляется на восходящіе (длинные и толстые) и нисходящіе (короткіе, толстые). Тѣ и другіе (пройдя въ вертикальномъ направленіи извѣстное разстояніе) загибаются внутрь сѣраго вещества и оканчиваются свободно кистеобразными и древовидными развѣтвленіями вблизи клѣтокъ. Нисходящія вѣтви имѣютъ короткое протяженіе, а восходящія большею частью длинны и нѣкоторыя восходятъ до продолговатаго мозга и оканчиваются на различныхъ высотахъ спинного мозга (41 стр.). Тѣ и другія отдаваютъ по ходу своему боковыя вѣтви—коллатералы R. y Cajal, которые также оканчиваются кистеобразно или древовидно. Главныя вѣтки и коллатералы имѣютъ большею частью мякоть, лишь конечныя развѣтвленія ихъ безмякотны. Такимъ образомъ каждое корешковое волоконце оканчивается своими коллатералами на различныхъ уровняхъ спинного мозга. Изслѣдованіями вполнѣ доказано, что задніе столбы составлены изъ восходящихъ и нисходящихъ вѣточекъ корешковыхъ волоконъ. Так. обр. задніе столбы составлены изъ продолженія заднихъ корешковъ, причемъ вступившіе позднѣе отлагаются наружу, ранѣе же вступившіе располагаются во внутреннихъ частяхъ заднихъ столбовъ.

Каждому нерву, вступающему въ спинной мозгъ, соотвѣтствуетъ въ заднихъ столбахъ особое поле, постепенно уменьшающееся кверху вслѣдствіе отдачи волоконъ въ сѣрое вещество. При перерѣзкѣ заднихъ корешковъ перерожденіе наблюдается какъ на соотвѣтствующихъ, такъ и на противоположныхъ сторонахъ (переходъ волоконъ на другую сторону совершается очевидно черезъ спайку).

Несомнѣнно, что часть волоконъ заднихъ корешковъ даже изъ поясничной части спинного мозга поднимается непосредственно къ ядрамъ продолговатаго мозга; дру-

гая же часть ихъ оканчивается въ сѣромъ веществѣ спинного мозга на разныхъ уровняхъ его.

Въ заднихъ столбахъ кромѣ описанныхъ волоконъ содержатся также цилиндрическіе отростки нѣкоторыхъ изъ клѣтокъ заднихъ роговъ и Кларковыхъ столбовъ.

Такимъ образомъ задніе столбы составлены отчасти изъ продолженія заднихъ корешковъ, отчасти изъ волоконъ, берущихъ начало въ спинномъ мозгу именно въ сѣромъ веществѣ его.

Что касается мѣста окончанія вѣтвей и отпрысковъ заднихъ корешковъ, то на препаратахъ, обработанныхъ по Weigert, Golgi и Pahl'ю, можно убѣдиться, что волокна внутренняго и наружнаго пучка заднихъ корешковъ имѣютъ совершенно различное окончаніе внутри сѣраго вещества спинного мозга. Въ то время какъ первыя оканчиваются преимущественно въ Кларковыхъ столбахъ, въ центральной группѣ клѣточныхъ элементовъ и въ клѣткахъ переднихъ роговъ и отчасти въ группѣ клѣтокъ, расположенной впереди Роландова вещества, волокна наружнаго пучка заднихъ корешковъ оканчиваются въ клѣткахъ Роландова вещества, въ группѣ клѣтокъ, расположенныхъ при передней границѣ послѣдняго, въ разсѣянныхъ клѣткахъ задняго рога и по всей вѣроятности также въ боковой группѣ задняго рога. Кромѣ того не незначительная часть вѣтвей заднихъ корешковъ, преимущественно изъ внутренняго ихъ пучка, поднимается въ заднихъ столбахъ спинного мозга въ направленіи къ продолговатому мозгу и достигаетъ ядеръ заднихъ столбовъ (стр. 46—52).

Изъ вышеизложеннаго ясно, что благодаря развѣтвленію на восходящія и нисходящія вѣтви и боковымъ отпрыскамъ устанавливается соотношеніе заднихъ корешковъ съ различными областями сѣраго вещества и даже съ ядрами продолговатаго мозга. Такимъ образомъ извѣстное ограниченіе физіологическаго возбужденія областью раздраженія мы можемъ понять не иначе, какъ допустивъ болѣе интенсивное раздраженіе первыхъ боковыхъ отпрысковъ и постепенное истощеніе возбужденія въ болѣе удаленныхъ отпрыскахъ (стр. 53.)

При опытахъ съ перерѣзкой заднихъ корешковъ между спиннымъ мозгомъ и межпозвоночнымъ узломъ можно убѣдиться, что въ центральномъ отрѣзкѣ корешка рядомъ съ перерождающимися въ восходящемъ направленіи волокнами имѣется всегда извѣстное число неперерождающихся волоконъ и съ другой стороны въ периферическомъ отрѣзкѣ корешка среди массы неперерождающихся волоконъ разсѣяны перерождающіяся волокна, которыя можно прослѣдить и по другую сторону узла. Очевидно, это суть волокна, которыя выходя изъ клѣтокъ спинного мозга и вступая въ задніе корешки, направляются къ периферіи, минуя клѣтки межпозвоночныхъ узловъ. Передніе корешки, подобно заднимъ, состоятъ изъ болѣе толстыхъ волоконъ и болѣе тонкихъ, изъ которыхъ первыя развиваются ранѣе вторыхъ. Оба рода волоконъ, хотя и представляются смѣшанными внутри самыхъ корешковъ, но берутъ свое начало изъ различныхъ клѣточныхъ группъ сѣраго вещества (стр. 55).

Болѣе толстыя волокна переднихъ корешковъ возникаютъ изъ большихъ клѣтокъ передняго рога, именно изъ такъ наз. боковой или наружной группы. Что касается болѣе тонкихъ волоконъ переднихъ корешковъ, то они по Gaskel'ю возникаютъ изъ клѣтокъ бокового рога, tract. intermedio-lateralis и разсѣянныхъ клѣтокъ задняго рога. Такъ какъ толстыя и тонкія волокна переднихъ корешковъ развиваются не въ одно и то же время, то естественно, что они должны обладать и различной функціей. Въ этомъ отношеніи не лишены интереса указанія, что болѣе толстыя волокна переднихъ корешковъ снабжаютъ собой поперечно-полосатыя мышцы тѣла, служа для иннерваціи движенія; тогда какъ большинство тонкихъ волоконъ переднихъ корешковъ по всей вѣроятности переходитъ въ симпатическую систему, снабжающую двигательными нервами внутренніе органы (стр. 55).

Надо думать, что передніе корешки несомнѣнно имѣютъ начало въ клѣточныхъ элементахъ сѣраго вещества переднихъ роговъ спинного мозга въ противоположность заднимъ корешкамъ, дѣйствительное начало которыхъ, за исключеніемъ небольшого числа волоконъ, выходящихъ изъ клѣтокъ переднихъ роговъ, слѣдуетъ искать въ спинномозговыхъ узлахъ. Слѣдуетъ здѣсь упомянуть, что передніе корешки составляются изъ волоконъ, возникающихъ не только изъ клѣточныхъ элементовъ того же уровня сѣраго вещества, но отчасти и изъ клѣтокъ выше и ниже лежащихъ областей спинного мозга. Благодаря этому въ сосѣднихъ областяхъ бѣлаго вещества, въ такъ называемомъ основномъ пучкѣ передняго и боковаго столба спинного мозга имѣется множество восходящихъ и нисходящихъ корешковыхъ волоконъ разсѣянныхъ между другими волокнами (стр. 58).

Изъ клѣтокъ Кларковыхъ столбовъ, служащихъ мѣстомъ окончанія значительной части внутренняго пучка заднихъ корешковъ, возникаютъ многочисленныя волокна, устанавливающія соединенія этихъ клѣтокъ съ другими областями центральной нервной системы (стр. 65).

Между пучками бѣлыхъ столбовъ спинного мозга одни содержатъ волокна короткаго протяженія и служатъ для послѣдовательнаго соединенія отдѣльныхъ сегментовъ его сѣраго вещества между собою, другіе состоятъ изъ длинныхъ волоконъ, соединяющихъ различные уровни сѣраго вещества спинного мозга съ ядрами продолговатаго мозга (пучки Goll'я въ заднихъ столбахъ) или же съ мозжечкомъ (прямой мозжечковый пучекъ) и полушаріями большого мозга (пирамидный пучекъ передняго и бокового столба) (стр. 70.) Пучки Goll'я состоятъ по преимуществу изъ длинныхъ волоконъ, значительная часть которыхъ непрерывно поднимается до ядеръ нѣжныхъ пучковъ въ продолговатомъ мозгу, тогда какъ пучки Burdach'а содержатъ по преимуществу волокна болѣе короткаго протяженія. Пучки Burdach'а состоятъ не всѣ исключительно изъ короткихъ, но частью и изъ длинныхъ волоконъ, которыя однако очень скоро оставляютъ пучки Burdach'а и переходятъ въ пучки Goll'я. Въ этомъ нетрудно убѣдиться и на препаратахъ, обработанныхъ по методу Golgi. По крайней мѣрѣ на такихъ препаратахъ мы нерѣдко находимъ, что часть клѣтокъ задняго рога посылаетъ свои цилиндры въ область пучковъ Burdach'а (стр. 72).

Вмѣстѣ съ корешковыми волокнами въ пучкахъ Burdach'а содержится также извѣстное количество волоконъ, служащихъ для связи между собой въ вертикальномъ направленіи отдѣльныхъ частей сѣраго вещества заднихъ роговъ (стр. 78)..

Въ продолговатомъ мозгу волокна пучковъ Burdach'а непосредственно переходитъ въ такъ называемые клиновидные пучки, волокна которыхъ оканчиваются въ ядрахъ того же названія, развѣтвляясь въ видѣ кисточекъ вокругъ заложенныхъ здѣсь клѣточныхъ элементовъ (стр. 76—77).

Что касается происхожденія волоконъ Goll'я, то въ этомъ отношеніи врядъ ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что одна ихъ часть происходитъ изъ сѣраго вещества спинного мозга, именно изъ клѣтокъ заднихъ роговъ, тогда какъ другая часть составляется корешковыми волокнами или собственно восходящими и нисходящими вѣтвями заднихъ корешковъ (стр. 84).

Что касается некорешковыхъ волоконъ пучковъ Goll'я то повидимому они имѣютъ главнымъ образомъ восходящее направленіе, протягиваясь отъ того или другого уровня спинного мозга, гдѣ они оканчиваются совершенно аналогично корешковымъ волокнамъ пучковъ Goll'я. Такимъ образомъ очевидно, что часть волоконъ Goll'я должна переносить возбужденія, идущія по заднимъ корешкамъ, на различные уровни сѣраго вещества спинного мозга, другая же часть волоконъ пучковъ Goll'я устанавливаетъ связь между различными отдѣлами сѣраго вещества спинного мозга

(собственно клѣтокъ заднихъ роговъ) съ ядрами нѣжныхъ пучковъ въ продолговатомъ мозгу.

Въ патологическихъ случаяхъ пучки Goll'я обыкновенно перерождаются въ восходящемъ направленіи. При этомъ въ случаяхъ разрушеній спинного мозга перерожденіе волоконъ простирается вверхъ большею частью вплоть до ядеръ нѣжныхъ пучковъ. Это перерожденіе, хотя и захватываетъ собою значительную часть пучковъ Goll'я, но все же извѣстная часть ихъ волоконъ среди перерожденныхъ оказывается пощаженной, изъ чего можно заключить, что эти волокна возникли изъ отдѣловъ спинного мозга, лежащихъ выше патологическаго гнѣзда (стр. 85).

На границѣ между задними и боковыми столбами, отчасти еще въ предѣлахъ заднихъ столбовъ, при вершинѣ задняго рога располагается такъ наз. наружная корешковая область, содержащая волокна наружнаго пучка заднихъ корешковъ. Область эта хотя и прилежитъ непосредственно къ пучкамъ Burdach'а и отчасти даже входитъ въ область послѣднихъ, но въ дѣйствительности не имѣетъ къ ихъ волокнамъ никакого отношенія, содержащіяся въ ней корешковыя волокна имѣютъ ближайшее отношеніе главнымъ образомъ къ клѣточнымъ элементамъ Роландова вещества и его сплетенія (plexus) (стр. 87).

Въ боковыхъ и переднихъ столбахъ спинного мозга, различаемъ боковой пирамидный пучекъ, располагающійся въ заднемъ отдѣлѣ боковыхъ столбовъ и заложенный внутри его промежуточный пучекъ, затѣмъ снаружи отъ пирамиднаго пучка по периферіи задней половины бокового столба лежитъ такъ называемый прямой мозжечковый пучокъ, а кнутри, въ промежуткѣ между пирамиднымъ пучкомъ и наружной границей сѣраго вещества, въ такъ называемомъ пограничномъ слоѣ (Grenzschicht der grauen Substanz Flechsig'a) особый пучокъ называемый Бехтеревымъ внутреннимъ пучкомъ бокового столба (стр. 89).

Далѣе различаютъ передне-боковой или передне-наружный пучекъ (al. т. е. anterior lateralis, располагающійся по периферіи передней части бокового столба, непосредственно кпереди отъ пирамиднаго и мозжечковаго пучковъ, и основной пучекъ бокового столба. По краю передней спинно-мозговой щели располагается неперекрещенная часть пирамиднаго пучка или такъ называемый передній пирамидный пучекъ (pya. т. е pyramidalis anterior).

Изъ перичисленныхъ пучковъ наибольшей величиной отличается основной пучекъ переднихъ и боковыхъ столбовъ спинного мозга. Онъ облагается мякотью и развивается раньше всѣхъ другихъ переднихъ и боковыхъ частей спинного мозга. Онъ расположенъ по всей окружности передняго и бокового рога. Волокна этого пучка развиваются неодновременно. Нѣкоторые изъ нихъ (ближайшіе къ переднимъ рогамъ) имѣютъ мякоть уже на пятомъ мѣсяцѣ утробной жизни. Волокна, раньше развивающіяся, относятся къ корешковымъ, а позднѣе развивающіяся къ короткимъ волокнамъ, связывающимъ между собой клѣтки разныхъ уровней передняго рога (стр. 92). Независимо отъ этого въ основномъ пучкѣ передняго и бокового столба содержится система волоконъ, берущихъ начало въ клѣточкахъ задняго рога, въ особенности Кларковыхъ столбовъ и перекрещивающихся въ передней спайкѣ. Эти волокна перерождаются въ восходящемъ направленіи. Благодаря присутствію въ описываемомъ пучкѣ волоконъ разнаго происхожденія они перерождаются то въ восходящемъ, то въ нисходящемъ направленіи при мѣстныхъ пораженіяхъ спинного мозга. Волокна основного пучка переднихъ столбовъ возникаютъ преимущественно изъ столбовыхъ клѣтокъ той же стороны и спаечныхъ клѣтокъ противоположной стороны: слѣдовательно часть волоконъ этого пучка перекрещивается въ спайкѣ

Ихъ окончанія и ихъ коллатералы окружаютъ двигательныя и спаечныя клѣтки переднихъ роговъ и столбовъ корешковъ различныхъ областей (б. ч.) той же стороны.

Мозжечковый пучекъ развивается позднѣе основного. Онъ состоитъ изъ крупнаго размѣра волоконъ; перерождается въ восходящемъ направленіи, почему его легко прослѣдить; онъ окончательно направляется къ верхнему червячку мозга (98 стр.). Въ этомъ пучкѣ содержится однакоже нѣкоторое число волоконъ, перерождающихся въ нисходящемъ направленіи. Значительная часть волоконъ мозжечковаго пучка возникаетъ изъ клѣтокъ Кларкова столба той же стороны.

Внутренній пучекъ (Бехтерева, онъ же—пограничный пучекъ Флексига) развивается позднѣе основного пучка, но раньше другихъ волоконъ; онъ расположенъ между пирамиднымъ пучкомъ и сѣрымъ веществомъ спинного мозга. Онъ состоитъ изъ короткихъ волоконъ и перерождается въ восходящемъ направленіи (у человѣка перерожденіе его до сихъ поръ не наблюдалось).

Переднебоковой или передненаружный Говерсовъ пучекъ облагается мякотью позднѣе внутренняго или пограничнаго пучка. Размѣры этого пучка въ направленіи кверху постепенно увеличиваются. Волокна этого пучка берутъ начало въ среднихъ областяхъ сѣраго вещества (но вовсе не изъ клѣтокъ Кларковыхъ столловъ) (101 стр.). Говерсовъ пучекъ идетъ въ область Варольева моста (и далѣе); волокна его перерождаются въ восходящемъ направленіи, относятся къ категоріи длинныхъ волоконъ, соединяющихъ спинной мозгъ съ мозговымъ стволомъ (быть можетъ въ этомъ пучкѣ содержатся и нисходящія волокна) (стр. 102).

Пирамидные пучки развиваются позднѣе всѣхъ переднихъ и боковыхъ столбовъ и вообще позднѣе всѣхъ другихъ пучковъ спинного мозга; они состоятъ изъ меньшаго прямого не перекрещивающагося пучка и большаго перекрещивающагося (103 стр.). Первый пучекъ относительно коротокъ и доходитъ не далѣе верхней половины грудной области, второй спускается до поясничной части. Оба пучка вступаютъ въ соотношеніе съ большими многоотросчатыми корешковыми клѣтками переднихъ роговъ. Въ патологическихъ случаяхъ т. е. при пораженіи верхняго и средняго отдѣловъ центральныхъ извилинъ или при пораженіяхъ, прерывающихъ пирамидальные пути, волокна ихъ поражаются въ нисходящемъ направленіи до ихъ окончанія въ переднихъ рогахъ спинного мозга (105 стр.). Не перекрещенные и перекрещенные пучки не одинаковы, но—чѣмъ болѣе первый, тѣмъ меньше второй. Они состоятъ между собой въ замѣняющихъ отношеніяхъ (109 стр.).

Внутри пирамидныхъ пучковъ расположенъ пучекъ въ видѣ разсѣянныхъ волоконъ болѣе ранняго развитія (111 стр.). Эти волокна независимы отъ пирамидныхъ и при перерожденіи послѣднихъ не перерождаются. Эти волокна происходятъ изъ мозжечка и примѣшиваются къ пирамидамъ внутри продолговатаго мозга, выше моста ихъ уже нѣтъ; при пораженіи одной половины мозжечка они поражаются въ спинномъ мозгу на той же сторонѣ; изъ мозжечка они спускаются въ спинной мозгъ черезъ заднюю ножку. Эта система волоконъ составляетъ центробѣжный путь мозжечка.

Переднекраевой пучекъ (Loewenthal) занимаетъ периферію передняго и часть бокового столбовъ, перерождается въ нисходящемъ направленіи при перерѣзѣ задней ножки мозжечка, слѣдовательно составляетъ центробѣжный путь мозжечка (стр. 113). Föster описалъ повидимому тотъ же самый пучекъ подъ названіемъ передненаружнаго нисходящаго пути).

Небольшой оливный пучекъ принадлежитъ къ волокнамъ, развивающимся весьма поздно уже по рожденіи на свѣтъ; онъ принадлежитъ къ шейной части спинного мозга и нижняго отдѣла продолговатаго и затѣмъ исчезаетъ при нижнемъ концѣ большихъ оливъ. Волокна этого пучка берутъ свое начало въ переднемъ рогѣ (115 стр.).

Изслѣдованіями Воусе выяснилось существованіе еще одного пучка, именно съ удаленіемъ у кошекъ одного полушарія или, что тоже—съ перерѣзкой одной стороны моста появляется (вмѣстѣ съ перерожденіемъ пирамидальныхъ путей и нисходящаго корешка тройничнаго нерва) нисходящее перерожденіе внутреннихъ и нижнихъ волоконъ задняго продольнаго пучка и нисходящее же перерожденіе Мейнертовскаго фонтановиднаго и Форелевскаго брюшнаго перекреста на уровнѣ красныхъ ядеръ (116 стр.). Перерожденіе задняго продольнаго пучка можно прослѣдить (чрезъ спинной и продолговатый мозгъ) до нижняго конца шейной части спинного мозга, гдѣ они располагаются на сторонѣ поврежденной на мѣстѣ отсутствующаго у животныхъ пирамиднаго пучка. Перерожденіе Мейнертовскаго и Форелевскаго перекреста также можно прослѣдить до спинного мозга. Очевидно, что всѣ эти волокна представляютъ собой особыя системы, располагающіяся въ спинномъ мозгу между волокнами раньше описанныхъ системъ (116).

Чрезычайно важнымъ является вопросъ о послѣдовательности въ развитіи вторичнаго перерожденія пучковъ спинного мозга. Послѣ перерѣза спинного мозга пучки его перерождаются неодновременно. При поперечномъ поврежденіи спинного мозга всего быстрѣе перерождаются пучки Голля и Лёвенталя, затѣмъ перерождаются мозжечковые пучки, а позднѣе всѣхъ пирамидные (118 стр.). По времени же развитія пучки слѣдуютъ такому порядку: ранѣе всего развивается часть волоконъ основного пучка, прилежащаго къ области передняго рога, передній поясъ пучковъ Burdach'а и срединный въ пучкахъ Goll'я; затѣмъ развиваются остальныя части основного пучка, мозжечковый пучекъ и средняя, а затѣмъ и задняя области пучковъ Burdach'а; послѣ того въ боковыхъ столбахъ развивается внутренній пучекъ, а спустя нѣкоторое время и передне-наружный пучекъ; въ заднихъ же столбахъ развиваются пучки Goll'я. Наконецъ, позднѣе всѣхъ частей спинного мозга развиваются пирамидные пучки и оливный пучекъ (стр. 120).

Физіологическое значеніе пучковъ спинного мозга. Пирамидные пучки, берущіе свое начало въ центральныхъ доляхъ головного мозга, имѣютъ двигательную функцію для волевыхъ движеній. Проводники для движенія и проводники для мышечнаго чувства проходятъ по соотвѣтствующей половинѣ спинного мозга слѣдовательно не перекрещиваются въ самомъ спинномъ мозгу, а подвергаются перекрещиванію выше, очевидно въ продолговатомъ мозгу; между тѣмъ какъ проводники кожной чувствительности подвергаются перекрещиванію, хотя и не полному, уже въ самомъ спинномъ мозгу. Далѣе, въ настоящее время можно считать доказаннымъ, что перерѣзка всѣхъ заднихъ столбовъ даже вмѣстѣ съ большей частью сѣраго вещества и съ передними столбами не вызываетъ у животнаго аналгэзіи; слѣдовательно, проводники для болевой чувствительности должны проходить въ боковыхъ столбахъ спинного мозга, что подтверждается и прямыми опытами съ перерѣзкой боковыхъ столбовъ (Ворошиловъ и др.) (стр. 124).

Проводники для боли лежатъ приблизительно въ средней части боковыхъ столбовъ, повидимому въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ переднимъ отдѣломъ пирамидныхъ пучковъ.

Другіе роды чувствительности, какъ-то: осязательная и мышечная, повидимому проводятся задними столбами спинного мозга, при чемъ весьма правдоподобно, что роль осязательныхъ проводниковъ принимаютъ на себя Goll'евскіе пучки (что впрочемъ нуждается еще въ болѣе точныхъ доказательствахъ), тогда какъ проводниками для мышечнаго чувства являются Burdach'овскіе пучки (стр. 125).

Что касается мозжечковаго пучка боковыхъ столбовъ, то на основаніи опытовъ съ перерѣзкой этого пучка въ шейной области спинного мозга у новорожденныхъ щенятъ, есть основаніе думать, что передаваемые имъ въ центро-стремительномъ на-

правленіи импульсы имѣютъ прямое отношеніе къ функціи равновѣсія тѣла, такъ какъ вышеуказанная операція обыкновенно приводитъ къ своеобразнымъ круговымъ и вращательнымъ движеніямъ животнаго. Опыты съ раздраженіемъ этого пучка у новорожденныхъ щенятъ даютъ результаты, которые могутъ быть истолкованы въ томъ же смыслѣ. Очевидно, что и передне-наружный пучекъ, имѣющій связь съ мозжечкомъ, долженъ имѣть извѣстное отношеніе къ функціи равновѣсія.

Далѣе, какъ промежуточный, такъ и передній краевой пучекъ, а отчасти и волокна внутренняго отдѣла основного пучка переднихъ столбовъ, какъ упоминалось выше, очевидно представляютъ собою центробѣжныя системы мозжечка, передающія двигательныя импульсы при посредствѣ клѣтокъ переднихъ роговъ на двигательные передніе корешки.

Весьма вѣроятно, что и оливный пучекъ имѣетъ отношеніе къ функціи равновѣсія (стр. 125).

Волокна мозгового ствола.

Значительная часть сѣраго в—ва мозговаго ствола представляется въ видѣ обособленныхъ островковъ и гнѣздъ, пронизанныхъ пучками бѣлыхъ волоконъ. По сложности хода волоконъ—это самая запутанная часть мозга.

При переходѣ спинного мозга въ продолговатый задніе рога его постепенно раздвигаются въ стороны. Изъ основаній заднихъ роговъ въ направленіи кзади начинаютъ появляться значительные выступы сѣраго в—ва—это ядра нѣжныхъ и клиновидныхъ пучковъ. Въ этихъ ядрахъ оканчиваются волокна того-же наименованія. Ядро клиновидныхъ пучковъ больше ядра нѣжныхъ пучковъ. Мѣсто перехода спин. мозга въ продолговатый обозначается перекрестомъ пирамидъ. Вслѣдъ затѣмъ передній рогъ постепенно пронизывается большимъ количествомъ волоконъ и превращается въ наз. сѣтевидное образованіе (formatio reticularis) 132 стр. Вскорѣ и основаніе задняго рога пронизывается многочисленными волокнами, благодаря чему сѣтевидное образованіе быстро нарастаетъ: въ то время какъ желатинозное вещество задняго рога болѣе или менѣе совершенно отдѣляется отъ остальной массы сѣраго в-ва и продолжается кверху въ видѣ самостоятельнаго образованія, сопровождающаго восходящій корень тройничнаго нерва (132).

Въ видѣ продолженія остатковъ переднихъ роговъ возникаютъ складки листовъ сѣраго в—ва—нижнія оливы (тотчасъ подъ нижнимъ перекрестомъ, гдѣ образуются пирамиды продолговатаго мозга). Нижнія оливы кверху тянутся до нижняго уровня Вароліева моста, образуя выступъ кнаружи. Кромѣ нижней оливы существуютъ еще добавочныя оливы (кзади кнутри отъ нижнихъ оливъ), а внутри пирамидъ—ядра пирамидъ (дугообразныя ядра).

Въ задней части продолговатаго мозга, (вмѣстѣ со вскрытіемъ центральнаго канала) ядра заднихъ столбовъ отодвигаются кнаружи, а кнутри отъ нихъ въ сѣромъ в—вѣ, (выстилающемъ дно 4-го желудочка) начинаютъ выступать ядра черепныхъ нервовъ: подъязычнаго, блуждающаго, языкоглоточнаго (135). Затѣмъ выступаютъ слѣд. ядра: добавочное ядро Дюваля и Коха, переднее ядро блуждающаго и языкоглоточнаго нерва (nucleus ambiguus), ядро круглаго пучка, сѣрое вещество шва, далѣе—дыхательное ядро (Миславскій)—иначе: ядро переднихъ столбовъ Оберштейнера. На уровнѣ верхняго отдѣла оливъ лежатъ крупноклѣточныя ядра Roller'a (или центральныя). Въ corpora restiformia лежатъ соименныя ядра. Тутъ-же появляется ядро личнаго нерва, далѣе ядро слуховаго нерва и рядомъ крупно-клѣтчатое Дейтерсово ядро. Наконецъ, въ самыхъ наружныхъ частяхъ продолговатаго мозга (соотвѣтственно мѣсту вступ-

ленія слуховаго нерва въ мозгъ)—переднее или боковое ядро слухового нерва и слуховой бугорокъ(140).

При переходѣ продолговатаго мозга въ мостъ лежатъ верхнія оливы съ прибавочными оливами.

Въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ верхними оливами, среди проходящихъ здѣсь волоконъ трапеціевиднаго образованія, лежатъ ядра трапеціевиднаго образованія. На этомъ же уровнѣ (при наружномъ углѣ 4-го желуд. находится ядро Бехтерева. Далѣе, въ изгибѣ корешка лицеваго нерва находимъ ядро отводящаго нерва, а по обѣимъ сторонамъ шва въ брюшныхъ отдѣлахъ верхняго этажа—сѣтчатыя ядра покрышки или ядра верхняго этажа. Нѣсколько далѣе кверху на уровнѣ корешковъ тройничнаго нерва лежатъ двигательное и чувствительное ядра тройничнаго нерва. (Чувствительное ядро тройн. нерва составляетъ продолженіе желатинознаго в—ва тройничнаго нерва) (142).

Еще нѣсколько выше (вблизи верхняго угла 4-го желуд.) находимъ группу клѣтокъ, служащихъ началомъ нисходящаго корешка тройничнаго нерва. Въ брюшномъ направленіи и нѣсколько кнутри лежитъ—locus coeruleus или subst. ferruginea. Далѣе, въ боковыхъ частяхъ верхняго этажа моста внутри боковой петли встрѣчается ядро боковой петли. На томъ же уровнѣ въ центральныхъ частяхъ сѣтевиднаго образованія лежитъ впервые описываемое Бехтеревымъ верхнее центральное ядро (143). Позади задняго двухолмія лежитъ срединне ядро (145).

Въ нижнемъ этажѣ моста (на всемъ протяженіи, начиная отъ верхняго конца нижнихъ оливъ до уровня задняго двухолмія) лежатъ ядра моста, именно: внутреннее и наружное ядро моста. Непосредственно впереди лежитъ межножечный узелъ Гуддена (147).

На уровнѣ задняго двухолмія находимъ ядра задняго двухолмія и ядра блоковаго нерва.

На уровнѣ между задними и передними возвышеніями четверохолмія въ боковыхъ частяхъ верхняго этажа лежитъ—corpus parabigeninum (150).

На уровнѣ переднихъ отдѣловъ двухолмія (въ брюшныхъ областяхъ aq. Silvii) лежатъ ядра oculomotorii, а нѣсколько кнаружи красныя ядра, а еще болѣе кнаружи и къ основанію ножки помѣщается черное вещество Земмеринга (Subst. nigra Soemmeringii. Оно раздѣляетъ верхній этажъ отъ нижняго. Оно тянется отъ моста до подбугроваго тѣла (153).

На уровнѣ верхняго конца Subst. nigrae начинается рѣзко ограниченное подбугровое тѣло (corp. Subthalamicum) или ядро Luys'a, блѣдное тѣло чечевицеобразнаго ядра (glob. pallidus n. lenticularis), ядро уздечки (n, habenulae) и зрительный бугоръ съ примыкающими къ нему внутренними и наружными колѣнчатыми тѣлами. Сѣрое в—во 3-го желудочка, титечныя тѣла и сѣрый бугорокъ—представляютъ собою также скопленія сѣраго вещества (155).

Въ зрит. бугрѣ различаютъ 5 ядеръ: 1) внутреннее (главное). 2) верхнее (переднее), 3) наружное и 4) среднее и описанное Проф. Чижъ чашковидное тѣло (156).

Физіологическое значеніе описанныхъ ядерныхъ группъ.

а) Нижнія оливы находятся въ связи съ мозжечкомъ и завѣдываютъ равновѣсіемъ тѣла. Такое же значеніе имѣютъ ядра моста (стоящія въ связи съ малымъ и большимъ мозгомъ) (162). Ядра сѣтевиднаго образованія играютъ роль рефлекторныхъ

центровъ, ядро передняго столба представляетъ собою—дыхательный центръ а нижнее центральное—сосудодвигательный центръ. Переднее двухолміе и наружныя колѣнчатыя тѣла стоятъ въ тѣсномъ отношеніи къ функціи зрѣнія. Заднее двухолміе можетъ быть разсматриваемо какъ центръ слуха, голоса и сочетанія отраженныхъ движеній (разрушеніе его вызываетъ глухоту, невозможность стоянія и ходьбы и потерю голоса) (164).

Зрит. бугры назначены для выполненія непроизвольныхъ движеній (сердца, желудка, кишечника, мочеваго пузыря) и для мимическихъ и выразительныхъ движеній (165). Посредствомъ зрит. бугровъ совершаются также, вѣроятно, движенія въ разл. частяхъ тѣла и внутреннихъ органахъ (рефлекторно при раздраженіи кожи и спеціальныхъ органовъ чувствъ) (стр. 166).

Блѣдное тѣло (globus pallidus) имѣетъ отношеніе къ чувствительной сферѣ, tuber cinereum—къ теплообразованію, а glandula pituitaria даетъ особые соки организму (безъ которыхъ развивается болѣзнь наз. акромегаліей (166).

Окончаніе черепныхъ нервовъ въ мозговомъ стволѣ. (Корешковыя волокна мозговаго ствола). Въ него вступаютъ всѣ нервы кромѣ первой и одиннадцатой паръ.

Подъязычный нервъ происходитъ изъ ядра, состоящаго изъ нѣсколькихъ отдѣловъ. Между этими отдѣлами или группами ядра расположена сѣть тончайшихъ волоконецъ. Перекрестъ нѣкоторыхъ корешковъ нерва въ наст. время отрицается (168), но связь двухъ ядеръ между собою доказана (169). Въ ядро подъязычнаго нерва съ брюшной стороны входитъ значительное число волоконъ изъ сѣтевиднаго образованія (рефлекторныя связи).

Блуждающій нервъ (n. vagus) одною частью волоконъ оканчивается въ заднемъ или тыльномъ ядрѣ (172), часть же волоконъ переходитъ въ n. ambiguus соотвѣтственной стороны (въ средней части сѣтевиднаго образованія). Волокна n. vagi связаны также съ областью, извѣстной подъ именемъ ala cinerea (лежащей кнаружи отъ тыльнаго ядра) Область эта атрофируется при вырѣзаніи n. vagi. Наконецъ, часть волоконъ vagi вступаетъ въ такъ наз. одиночный пучекъ (f. solitarius) и спускается внизъ (это положительно вѣрно 175). Вырѣзаніе на шеѣ куска n. vagi (Осиповъ въ лабораторіи Бехтерева) ведетъ за собою атрофію тыльнаго ядра, атрофію сѣрыхъ крыльевъ (ala cinerea), рѣзкую атрофію одиночнаго пучка и отчасти атрофію n. ambigui (177).

Языкоглоточный нервъ беретъ начало въ двуполюсныхъ клѣткахъ своего узла. Чувствующія волокна его переферическаго отдѣла развѣтвляются въ задней части языка (pap. circumvallatae). Что касается его центральныхъ окончаній, то онъ подобно блуждающему беретъ начало въ заднемъ или тыльномъ узлѣ, расположенномъ подъ дномъ 4-го желудочка, частью въ ala cinerea, частью въ n. ambiguus, наконецъ, частью выходитъ изъ одиночнаго пучка. Сѣрое в—во, сопровождающее одиночный пучекъ,—есть чувствующее ядро языкоглоточнаго нерва. Это вещество представляетъ собою отпрыскъ центральнаго желатинознаго вещества. Оно относится къ языкоглоточному нерву такъ же, какъ желатинозное в—во заднихъ роговъ и восходящаго корешка тройничнаго нерва относится къ спинно-мозговымъ корешкамъ (180). Изслѣдованія д-ра Телятника (въ лабораторіи проф. Бехтерева) показали, что съ вырѣзываніемъ языкоглоточнаго нерва у кроликовъ и щенятъ атрофируются: тыльное ядро, ядро alae cinreae, одиночный пучекъ, клѣтки, сопровождающей его subst. gelatinosae, к—ки студенистаго в—ва n. trigemini, ядра бок. столба и n. ambigui, затѣмъ к—ки нижней части ядра facialis и ядра hypoglossi (181—182).

Слуховой нервъ сост. изъ двухъ главныхъ вѣтвей—улитковой и предверной вѣтви. На основаніи методовъ атрофіи и мет. развитія установлено, что мѣстомъ предварительнаго окончанія слуховаго нерва является переднее ядро, слуховой бугорокъ, верхнія оливы (обѣихъ сторонъ) ядра трапецієвиднаго образованія, ядро противуположной боковой петли и противуположнаго задняго и передняго (Held.) двухолмія. Каждое изъ этихъ образованій служитъ началомъ выходящихъ и нисходящихъ системъ. Заднее двухолміе даетъ волокна къ 1—2 височнымъ извилинамъ (кортикальный слуховой путь) и къ переднему двухолмію (пути зрительно—слуховыхъ рефлексовъ Held'a). (202—203).

Личной нервъ (судя по клиническимъ даннымъ) долженъ имѣть два ядра. Одно изъ нихъ точно установлено анатомически (крупныя клѣтки въ брюшныхъ областяхъ сѣтевиднаго образованія). Этимъ ядромъ иннервируется нижняя вѣтвь n. ſacialis, но гдѣ лежитъ центръ верхняго ſacialis, остается неизвѣстнымъ (205).

Отводящій нервъ начинается изъ ядра, расположеннаго въ тыльныхъ областяхъ моста подъ мѣстомъ загиба корешка n. ſacialis. Ядра oculomotorii связаны перекрестно съ ядрами abducentis (207).

Тройничный нервъ сост. изъ большаго (чувствительнаго) и маленькаго (двигательнаго) корешка. Первый беретъ начало въ двуполюсныхъ клѣткахъ Гассерова узла (ganglion Gasseri). Чувствительный корень по вступленіи въ Вароліевъ мостъ оканчивается частью въ т. наз. чувствительномъ ядрѣ тройничнаго нерва, частью же спускается въ шейную часть спинного мозга (т. наз. восходящій корень n. trigemini), гдѣ и оканчивается въ студенистомъ в—вѣ (оба ядра представляютъ, по существу одно и тоже студенистое в—во, расположенное на разл. уровняхъ) (стр. 209). Двигат. корешковъ n. trigemini начинается частью изъ рѣзко очерченнаго двигат. ядра той же стороны, частью противуположной, частью изъ subst. ſerruginosa. (214).

Блоковой нервъ легко можетъ быть прослѣженъ на мозгахъ зародышей, такъ какъ облагается мякотью раньше сосѣднихъ частей. Волокна этого нерва перекрещиваются внутри передняго паруса.

N. oculomotorius выходитъ на уровнѣ передняго двухолмія изъ нѣсколькихъ ядеръ (срединнаго, главнаго, добавочнаго) (221).

Зрительные нервы. Пройдя отъ сѣтчатки черезъ foramen opticum, образуютъ перекрестъ, въ которомъ участвуютъ не всѣ волокна. Наружныя (височныя) волокна сѣтчатки идутъ каждое по своей сторонѣ въ tractus opticus; внутреннія (носовыя) волокна перекрещиваются и идутъ правыя на лѣвую сторону и наоборотъ. Сзади перекреста лежатъ спаечныя волокна Гуддена. Обойдя мозговую ножку, каждый канатикъ дѣлится на два корешка: наружный идетъ къ corpus genic. ext. и составляетъ продолженіе зрит. волоконъ, внутренній идетъ къ corpus genic int. и составляетъ продолженіе Гудденовой спайки. Въ наружномъ колѣнчатомъ тѣлѣ (corpus genic. ext.) оканчиваются не всѣ волокна зрительнаго канатика, а нѣкоторая часть ихъ; другая же часть входитъ въ подушку (pulvinar) и переднее двухолміе (corp. quadr. ant) (229).—При удаленіи у высшихъ животныхъ одного глаза происходитъ атрофія зрительнаго нерва на сторонѣ пораженія и атрофія обоихъ зрительныхъ канатиковъ, болѣе выраженная на противуположной сторонѣ, а также двусторонняя атрофія передняго двухолмія, наружнаго колѣнчатаго тѣла и подушки зрит. бугра (230).

Что касается вопроса о положеніи въ зрительномъ канатикѣ отдѣльныхъ пучковъ, то можно принять что у человѣка и высшихъ животныхъ прямыя волокна занимаютъ наружное или тыльно-наружное положеніе, перекрещивающія-же волокна внутренне-брюшное (234).—Касательно хода волоконъ отъ желтаго пятна macula и др. частей сѣтчатки извѣстно слѣдующее. Пучокъ, выходящій изъ желтаго пятна занимаетъ въ chiasma и въ tractus, центральное положеніе, причемъ каждый пучекъ,

отдѣлившись, идетъ въ тотъ и другой зрительный канатикъ, почему при геміанопсіяхъ центральное зрѣніе остается сохраненнымъ (238)—Въ зрительныхъ нервахъ и канатикахъ имѣются два рода волоконъ (Гудденъ): одни толстыя, идущія къ corp. gen. ext. (зрительныя) и другія тонкія, идущія къ переднему двухолмію (зрачковыя или рефлекторныя (240).—На основаніи клиническихъ наблюденій установлено, что зрачковыя волокна, пройдя въ n. opticus, подвергаются неполному перекрещиванію въ chiazma, затѣмъ идутъ по tractus opticus и не доходя до corp. gen. ext., поворачиваютъ внутрь къ центрамъ n. oculomotorii, причемъ на этомъ пути еще разъ подвергается неполному перекрещиванію (244).

Такъ наз. спайка Мейнерта состоитъ изъ волоконъ петлеваго слоя, идущихъ отъ corpus subthalamicum къ nucleus lenticularis другой стороны, съ зрительнымъ же канатикомъ спайка не имѣетъ ничего общаго, лишь нѣкоторое время идетъ рядомъ съ нимъ (248). Спайка Гуддена вѣр. служитъ для перекрестной связи corp. genic. int. съ чечевидными ядрами.

Относительно ядерныхъ клѣтокъ и связанныхъ съ ними нервныхъ волоконъ установлено слѣдующее. Двигательные черепные нервы происходятъ изъ начальныхъ ядеръ такъ же, какъ передніе корешки изъ двигательныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, т. е. составляются изъ осево-цилиндрическихъ отростковъ и самыя клѣтки имѣютъ типъ многоотростчатыхъ клѣтокъ спинного мозга. Корешковыя волокна n. abducentis и hypoglossi большею частью возникаютъ изъ разсѣянныхъ клѣтокъ сѣтевиднаго образованія. Ядра n. hypoglossi содержатъ сочетательныя клѣтки (251).

Всѣ чувствительные нервы начинаются въ переферическихъ узлахъ (ganglion jug, petrosum, acusticum, Gasseri, geniculi, ect.) (252). Новѣйшія изслѣдованія Held'a и др. показываютъ, что чувствующіе корешки n. vagi и glossopharingei, подобно заднимъ корешкамъ спинного мозга, развѣтвляются на нисходящія и восходящія вѣтви. Первыя образуютъ собою въ продолговатомъ мозгу т. назыв. одиночный пучекъ, отъ котораго отходятъ въ стороны въ значительномъ числѣ боковые отпрыски, достигающіе своими конечными развѣтвленіями до ala cinerea.

Преддверный корешокъ слуховаго нерва распадается также на восходящія и нисходящія вѣтви. Послѣднія образуютъ собою ничто иное, какъ восходящій корешокъ слухового нерва; первыя же составляютъ остальную часть преддвернаго корешка, оканчивающуюся въ ядрѣ Deiters'a, въ ядрѣ n. vestibularis и въ такъ называемомъ заднемъ (resp. внутреннемъ слуховомъ ядрѣ).

Точно также и улитковая вѣтвь слуховаго нерва при своемъ вступленіи въ мозгъ образуетъ Т—образное дѣленіе своихъ волоконъ, какъ показалъ Kölliker.

Наконецъ и тройничный нервъ представляетъ подобныя же дѣленія принадлежащихъ ему волоконъ. Его нисходящія вѣтви образуютъ такъ наз. восходящій корень, боковыя отпрыски котораго окружаютъ своими конечными развѣтвленіями клѣтки subst. gelanatinosae. Достойно вниманія, что цилиндрическіе отростки клѣтокъ, заложенныхъ при мѣстѣ конечныхъ развѣтвленій волоконъ восходящаго корня тройничнаго нерва, направляются, какъ пути второго порядка, въ переднебоковыхъ столбахъ частью въ восходящемъ, частью же въ нисходящемъ направленіи. (253).

Что касается самыхъ клѣтокъ, содержащихся въ ядрахъ чувствующихъ черепныхъ нервовъ, то онѣ могутъ быть раздѣлены собственно на два порядка:

1) Клѣтки, цилиндрическій отростокъ которыхъ развѣтвляется или въ той же области первичнаго окончанія корешка, или же, выходя изъ нея, устанавливаетъ соотношенія своими развѣтвленіями лишь въ поперечномъ направленіи. Клѣтки перваго рода суть ни что иное, какъ клѣтки Golgi, но онѣ встрѣчаются относительно рѣдко. Чаще наблюдаются клѣтки послѣдняго типа. Первыя клѣтки въ отношеніи соединеній и передачи возбужденія имѣютъ лишь мѣстное значеніе, тогда какъ вторыя очевидно

служатъ для передачи чувствительныхъ возбужденій на болѣе отдаленные пункты даннаго поперечника мозговаго ствола.

2) Клѣтки, цилиндрическій отростокъ которыхъ переходитъ въ продольныя волокна мозгового ствола. Нѣкоторые изъ цилиндрическихъ отростковъ этихъ клѣтокъ развѣтвляются на двѣ или на три вѣтви, которыя также переходятъ въ продольныя волокна, уподобляясь такимъ образомъ тѣмъ клѣткамъ спиннаго мозга, которыя посылаютъ вѣтви своихъ цилиндрическихъ отростковъ въ различные столбы. Эти клѣтки суть, такимъ образомъ, клѣтки, служащія къ образованію вторичныхъ чувствующихъ путей или системъ, иначе говоря, суть системныя клѣтки, уподобляющіяся столбовымъ клѣткамъ спинного мозга.

Нервные пути, связующіе между собою сѣрыя образованія мозгового ствола съ спиннымъ мозгомъ и другими областями:

Вопросы этого рода рѣшаются наиболѣе успѣшно по методу развитія и методу перерожденія.

Стволовую часть мозга раздѣляютъ на два этажа:

1) верхній этажъ или задній или покрышку (tegmentum)

2) нижній этажъ, передній этажъ, основаніе (basis).

Граница обѣихъ дается внизу заднимъ предѣломъ пирамидъ, выше она дается петлевымъ слоемъ или петлей (lemniscus), а еще выше—(Substantia nigra Sommeringii (261).

Въ составъ верхняго или задняго этажа входятъ волокна всѣхъ частей спинного мозга за исключеніемъ пирамидныхъ пучковъ. Волокна заднихъ столбовъ вступаютъ въ соединеніе съ ядрами нѣжныхъ и клиновидныхъ пучковъ. Изъ осевыхъ цилиндровъ клѣтокъ этихъ ядеръ возникаютъ волокна, образующія вскорѣ задній или верхній перекрестъ. Т. обр. задній перекрестъ составляетъ продолженіе заднихъ столбовъ сп. мозга (262). Волокна перекреста направляются далѣе частью къ нижнему центральному ядру, частью же въ межъоливный слой, отсюда они идутъ выше и образуютъ наружную часть главной петли (263).

Подъ именемъ петли или петлевого слоя разумѣютъ слой бѣлаго вещества, раздѣляющій въ видѣ широкаго пласта верхній этажъ отъ нижняго. Весь петлевой слой раздѣляется на 1) главную петлю, 2) боковую или нижнюю петлю (отъ верхнихъ оливъ до задняго двухолмія) и 3) разсѣянные, добавочные пучки 4) внутреннюю петлю (выходящую изъ основанія мозговой ножки и идущую снутри петлевого слоя). Исчисленныя части петли ясно различимы, особенно на зародышевыхъ мозгахъ (267). Волокна петли, выходящія изъ ядеръ нѣжныхъ пучковъ, прерываются въ зрительномъ бугрѣ (въ ея задне-брюшной части), а волокна выходящія изъ клиновидныхъ пучковъ, прерываются въ globus pallidus. (276). Въ патологич. случаяхъ петлевой слой перерождается какъ въ восходящемъ, такъ и нисходящемъ направленіяхъ. Примѣръ: поражены ядра заднихъ столбовъ и это повело къ перерожденію противуположнаго межъоливнаго и петлевого слоя—внутрь до передняго двухолмія. (277). Так. обр. несомнѣнно, что петлевой слой заключаетъ въ себѣ восходящія системы волоконъ, начинающихся въ продолговатомъ и даже спинномъ мозгу (280). Перерожденіе петлевого слоя однакоже не идетъ до мозговой коры, а доходитъ только до зрит. бугровъ—что говоритъ очевидно противъ непрерывнаго протяженія выходящихъ проводниковъ петли до мозговой коры (283).

Независимо отъ восходящаго перерожденія петли извѣстны случаи нисходящаго перерожденія ея. Примѣръ—случай Dejerine'a: гнѣздо размягченія въ nuc. lenticularis и въ колѣнѣ внутрен. капсул. лѣваго полушарія—и въ результатѣ перерожденіе пирамиднаго пути (въ стволѣ и въ сп. мозгу) и атрофія лѣваго петлеваго слоя съ атрофій ядеръ пучковъ Голля и Бурдаха справа (285). Изъ этого ясно, что въ петлевомъ слоѣ кромѣ восходящихъ волоконъ содержатся и нисходящія. Вѣроятно, въ случаяхъ нисходящаго перерожденія мы имѣемъ дѣло съ атрофіей петли въ зависимости отъ атрофіи зрит. бугровъ (289).

Связи спинного мозга съ мозжечкомъ.

Отъ ядеръ нѣжныхъ пучковъ и отъ ядеръ клиновидныхъ пучковъ направляются къ веревчатому тѣлу пучки волоконъ, изв. подъ назв. заднихъ дугообразныхъ волоконъ (fibr. arc); пучки эти связываютъ ядра задн. столбовъ съ мозжечкомъ (292).— Далѣе большая часть волоконъ основного пучка переднихъ и боковыхъ столбовъ сп. мозга переходитъ въ сѣтевидное образованіе мозгового ствола (гдѣ они носятъ названіе внутренняго поля наружнаго поля и уклоняющагося пучка) (294). Часть волоконъ этого рода исчезаетъ въ ядрахъ, нѣкоторыя доходятъ до сѣтчатаго ядра покрышки и до средняго ядра. 298). Нѣкоторая часть волоконъ сѣтевиднаго образованія (служащая продолженіемъ внутренняго отдѣла основного пучка переднихъ и боковыхъ столбовъ спинного мозга) поднимается кверху въ видѣ такъ наз. задняго продольнаго пучка до уровня ядеръ oculomotorii и ядра задней спайки (299). Большая часть системъ сѣтевиднаго образованія представляютъ собою нисходящіе пути (перерѣзка спинного мозга даетъ въ нихъ весьма малое перерожденіе, наоборотъ, разрушеніе въ области мозгового ствола вызываетъ въ нихъ обширное нисходящее перерожденіе (300). Задній прод. пучекъ содержитъ много сочетательныхъ клѣтокъ (300).

Зрительно-слуховой рефлекторный путь. По Held'у переднее двухолміе связано съ ядрами n. oculomotorii; этимъ путемъ происходитъ передача возбужденій съ слухового и зрительнаго органовъ на глазодвигательнее центры. Но такъ какъ, съ др. стороны, волокна этихъ системъ спускаются (въ задн. продольномъ пучкѣ) къ спинному мозгу, то является возможнымъ рефлекторное поворачиваніе головы подъ вліяніемъ слуховыхъ и зрительныхъ впечатлѣній (306). Независимо отъ того слуховой путь имѣетъ и другія связи для рефлексовъ на систему сп. мозга (соединеніе верхней оливы съ ядромъ abducentis, отпрыски трапеціевиднаго образованія къ ядру facialis).

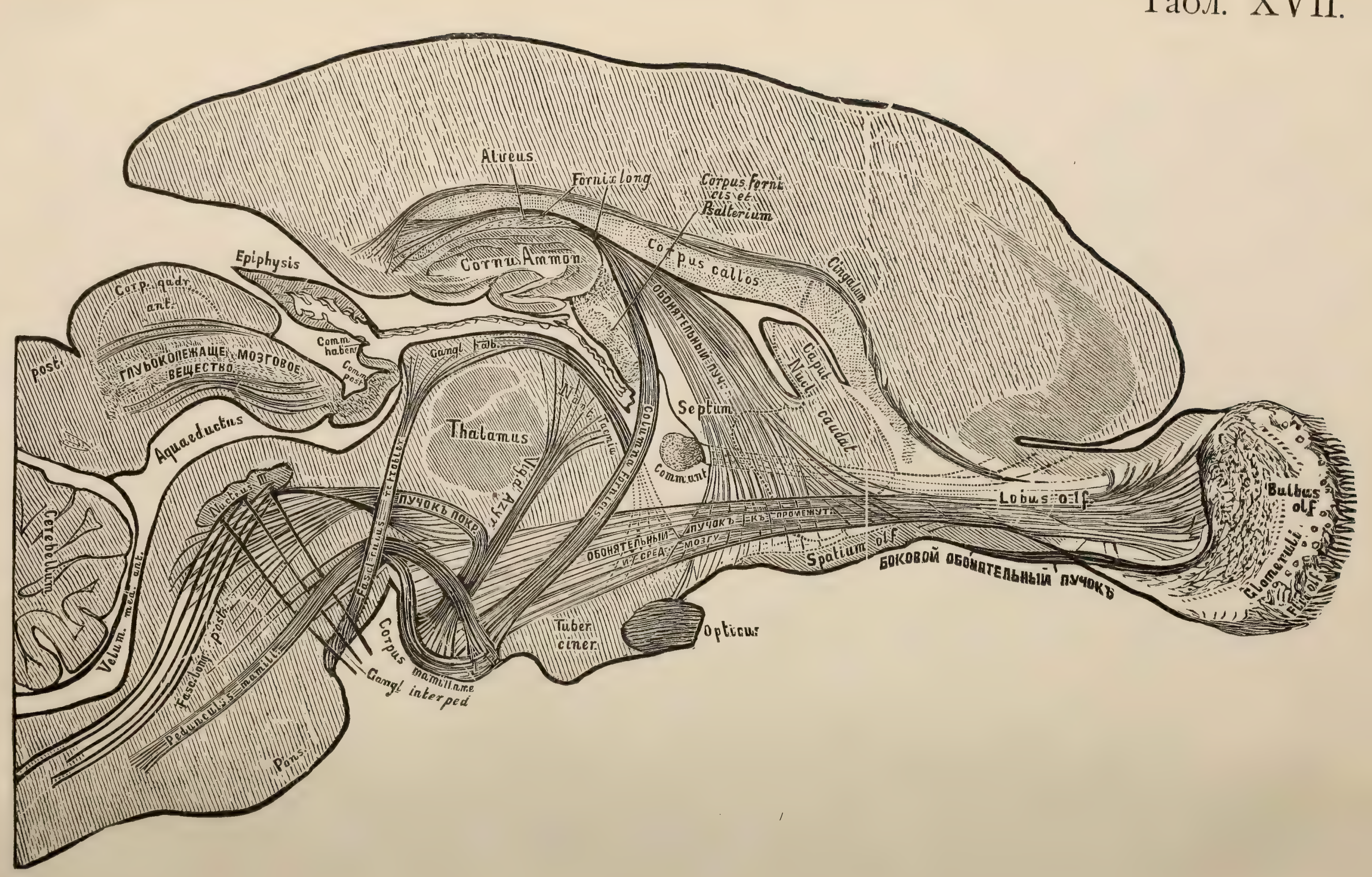
Отношеніе основного пучка переднебоковыхъ столбовъ къ ядру Дейтерса. Оно соединено съ боковыми столбами, въ особенности съ волокнами основного пучка (310).

Передненаружный пучекъ боков. столбовъ въ продолговатомъ мозгу располагается на периферіи передняго отдѣла наружн. поверхности продолговат. мозга т. е. приблизительно также, какъ и въ спинномъ мозгу. Такимъ путемъ этотъ пучекъ достигаетъ уровня моста. (311).

Прямой мозжечковый путь при переходѣ сп. мозга въ продолговатый отодвигается все болѣе и болѣе кнаружи и переходитъ въ мозжечокъ.

Пирамидный путь. Волокна этой системы на нижней части продолговатаго мозга перекрещиваются, послѣ чего волокна неперекрещенныхъ пучковъ занимаютъ наружный отдѣлъ, а перекрещенныя располагаются снутри, далѣе кверху они идутъ крупными раздѣльными пучками по нижнему этажу мозгового ствола, но при переходѣ въ ножку они собираются въ одинъ пучекъ и чрезъ капсулу идутъ къ корѣ

Табл. XVII.


Alveus
Fornix long
Corpus fornicis et Psalterium
Cornu Ammon
Corpus callos
Cingulum
Epiphysis
Corp. quadr. ant.
Comm. haben
Comm. post
post
ГЛУБОКОЛЕЖАЩЕЕ МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО
Gangl. hab.
ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ПУЧ.
Caput Nucl. caudat
Septum
Thalamus
Columna fornicis
Comm. ant
Aquaeductus
Cerebellum
Nucleus III
ПУЧОКЪ ПОКР.
Lobus olf.
Bulbus olf.
ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ПУЧОКЪ КЪ ПРОМЕЖУТ. И СРЕД. МОЗГУ
Spatium olf.
БОКОВОЙ ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ПУЧОКЪ
Glomeruli
Fila olf.
Velum. med. ant.
Fasc. long. post.
Pedunculus mamill.
Corpus mamillare
Gangl. interped
Tuber ciner.
Opticus
Pons

полушарій. На своемъ пути внутри моста они отдѣляютъ боковые отпрыски, вступающіе въ густое сплетеніе внутри моста и соединяются здѣсь съ клѣточными элементами (314). Под. же обр. они вступаютъ въ связь съ subst. nigra. Въ другихъ уровняхъ пирамидные пути отпрысковъ не даютъ (315).

Связь сѣрыхъ гнѣздъ (ганглій) мозгового ствола между собою. Эти ганглiи слѣдующія: ядра передн. столбовъ, нижнія центральныя ядра, сѣтчатое ядро, верхн. центральное и среднее ядро, ядро oculomotorii, ядро задней спайки переднее двухолміе и ganglion prof. Guddeni Всѣ эти ядра лежатъ въ сѣтевидномъ образованіи, продолжающемся чрезъ весь мозговой стволъ до зрит. бугровъ, съ появленіемъ которыхъ сѣтевидное образованіе исчезаетъ. Послѣднее обстоятельство показываетъ, что при посредствѣ сѣтевиднаго образованія стволовыя ядра соединяются съ зрит. буграми. (317). Но существуютъ и другія соединенія этихъ ядеръ съ зрит. буграми. Къ такимъ соединеніямъ относятся: ножки corporis mammillaris, пучекъ Vick d'Azyr'a, отвѣсный пучекъ, taenia thalami, перегибной пучекъ (fasciculus retroflexus), которые лучше высняются изъ разсматриванія рисунка, чѣмъ изъ описанія. (См прилож. рис.).

Связь nuclei lenticularis со стволовыми ганглiями. Чечевичное тѣло, (собственно его globus pallidus) соединено съ зрит. бугромъ (при посредствѣ волоконъ, проходящихъ чрезъ внутр. капсулу въ поперечномъ направленіи) также съ подбугровымъ тѣломъ и внутреннимъ колѣнчатымъ ядромъ. Связь glob. pallidi съ подбугровнымъ тѣломъ происходитъ посредствомъ прямыхъ волоконъ и перекрестно при посредствѣ спайки Мейнерта. Связь glob. pallidi съ внутр. колѣнчатымъ тѣломъ происходитъ перекрестно при посредствѣ спайки Гуддена (проходящій въ массѣ волоконъ зрит. пучковъ (327).

Вдоль всего ствола мозга тянется описанный Бехтеревымъ центральный пучекъ покрышки. Онъ тянется отъ нижней оливы до областей сосѣднихъ съ среднимъ желудочкомъ (331). Продолженіемъ этого пучка въ нисходящемъ направленіи является оливный пучекъ спинного мозга. Пучекъ Бехтерева перерождается въ нисходящемъ направленіи.

Лобно-мостовая система. Волокна этой системы соединяютъ сѣрое в-во моста съ корою лобныхъ долей (336). Эти волокна лежатъ въ основаніи мозговой ножки, образуя собою внутренній отдѣлъ ея (337).

Височно-мостовая система волоконъ соединяетъ мостовыя ганглiи съ задне-височными областями коры. Волокна этой системы занимаютъ наружный отдѣлъ мозговой ножки (337).

Обѣ названныя сейчасъ системы перерождаются въ нисходящемъ направленіи вплоть до переднихъ частей моста, гдѣ атрофіи подвергаются и ядра моста (338).

На разрѣзѣ чрезъ основаніе мозговой ножки на уровнѣ передняго двухолмія получается четыре отдѣла: наружная и внутренняя четверти заняты височно-мостовой и лобно-мостовой системами; четверть смежная съ височно-мостовой—занята пирамиднымъ пучкомъ, а четверть смежная съ лобно-мостовой системой занята волокнами двигательныхъ нервовъ Волокна эти въ видѣ такъ наз. добавочнаго пучка петли или внутренней петли располагаются снутри отъ пирамиднаго пучка (въ ножкѣ мозга). Т. обр. двигат. пути идутъ и по пирамиднымъ пучкамъ, и по петлевому слою (355).

Substantia nigra связана съ нижележащими образованіями при посредствѣ волоконъ, выходящихъ изъ нея въ верхній этажъ и покрышку. Subs. nigra, вѣроятно соединяется также и съ петлей.

Ходъ черепныхъ нервовъ внутри мозга. Чувствительные волокна (trigemini, glossopharyngei, vagi) въ видѣ тонкихъ пучечковъ идутъ внутри

петлевого слоя и далѣе чрезъ наружную часть нижняго отдѣла Subst. nigrae поднимаются вмѣстѣ съ пирамиднымъ пучкомъ въ область задняго отдѣла внутр. капсули и окончательно направляются къ темяннымъ областямъ большого мозга (350). Новѣйшія изслѣдованія Held'а (въ Лабор. Флексига) показали, что осевые цилиндры, возникающіе изъ клѣтокъ первичныхъ мѣстъ окончанія чувствующихъ черепныхъ нервовъ (задн. слуховое ядро, subst. gelatinosa, ala cinerea, чувствующее ядро n. trigemini, главное ядро n. vestibularis, locus coeruleus) примыкаютъ къ тѣмъ fibrae atcuatae, которые образованы прямыми развѣтвленіями корешковыхъ волоконъ тѣхъ же нервовъ (350).

Центральные проводники отъ ядеръ слуховаго нерва (не проходятъ внутри главной петли вмѣстѣ съ др. чувствующими проводниками), а поднимаются въ особомъ пучкѣ, называемомъ боковой петлей (356). Слуховыя волокна состоятъ изъ восходящихъ и нисходящихъ нитей. Восходящія поднимаются къ сѣрымъ ядрамъ трапецієвиднаго образованія (верхнія оливы, ядра трапецієвиднаго образованія, ядро боковой петли, заднее двухолміе), онѣ возникаютъ въ переднемъ слуховомъ ядрѣ. Нисходящія слуховыя волокна образуются осевыми цилиндрами клѣтокъ, содержащихся въ вышеуказанныхъ сѣрыхъ образованіяхъ проходящихъ въ нисход. направленіи (360). Так. обр. трапецієвидное образованіе вмѣстѣ съ боковой петлей являются главными центральными проводниками слуховыхъ впечатлѣній. Заднее же двухолміе представляетъ только главную станцію на пути къ высшимъ слуховымъ центрамъ (361). Что касается дальнѣйшаго хода центральныхъ проводниковъ слуха (улитковой вѣтви нерва), то судя по методу атрофіи и вторичн. перерважденій, они проходятъ чрезъ brachium post. направляясь, далѣе чрезъ внутр. капсулу къ височнымъ долямъ коры, (на пути слуховыя волокна входятъ въ сношеніе съ corp. gen. int и съ ядромъ боковой петли (363). Отъ этого ядра отдѣляется пучекъ тонкихъ волоконъ (слабо выраженный у человѣка и хорошо у животныхъ) направляющійся къ заднему двухолмію противуположной стороны. Отъ ядра задняго двухолмія, кромѣ того отдѣляется еще особый пучекъ, направляющійся къ зрит. бугру и въ немъ теряющійся. Оба пучка служатъ вѣр. для рефлекторныхъ движеній (364) наравнѣ съ волокнами, выходящими изъ передняго ядра слуховогo нерва къ верхнимъ оливамъ и отъ послѣднихъ къ n. abducens.

Центральный ходъ волоконъ преддверной вѣтви слухового нерва. Вѣр. они идутъ отчасти чрезъ ядро Дейтерса и далѣе въ петлевой слой подобно другимъ чувствующимъ нервамъ. Другая часть волоконъ идетъ по пути заднихъ ножекъ мозжечка (368).

Центральные проводники зрительнаго нерва, пройдя переднее двухолміе и corpus genic. ext., направляются чрезъ внутр. капсулу къ заднимъ долямъ мозга.

Связь ядеръ черепныхъ нервовъ между собою и съ др. сѣрыми образованіями мозгового ствола.

1) На подобіе задней сѣрой спайки спинного мозга, связи (сочетательныя волокна) между ядрами тройничнаго нерва, языкоглоточнаго, подъязычнаго и блуждающаго (370). 2) Существуютъ также сочетательныя волокна между ядрами n. oculomatorii той и др. стороны. 3) Что кас. глазныхъ нервовъ, то ядро n. abducpntis находятся въ связи съ соотвѣтствующей верхней оливой. 4) Ядра всѣхъ глазныхъ нервовъ (abduc., trochlear., oculomot.) объединены между собой при посредствѣ волоконъ, проходящихъ внутри задн. продольн. пучка (fasciculus longit post.) (376).

Подобно ядрамъ нервовъ объединены между собою и нѣкоторые нервные узлы ствола, а именно: 1) переднее двухолміе съ glandula

pinealis, 2) четверохолміе съ мозжечкомъ чрезъ velum medullare ant, 3) gangl on habenulae съ областью обонятельнсго поля при посредствѣ пучка, называемаго taenia thalami, 4) задній продольный пучекъ (fasc. long. post.) объединяетъ ядра всѣхъ (Schütz) черепныхъ нервовъ, связываетъ также между собою и многія другія сѣрыя образованія (379). Развѣтвленія задняго прод. пучка или точнѣе сказать область распространенія его можетъ быть прослѣжена до infundibulum, до зрит. бугровъ, до gang. habunulae, tuber cinereum, gangl basale opticum, corp. subthalamicum и петли чечевичнаго ядра. Кромѣ того часть волоконъ этого пучка (Schütz) вступаетъ въ заднюю спайку въ переднее и заднее двухолміе и въ мозжечекъ (чрезъ velum med. ant). Но главн. обр. своей массой этотъ пучекъ лежитъ въ глубинѣ дна 4-го желудочка и тянется до области ядеръ vagi (мякотное поле Koch'a (379). Описываемый пучекъ (кромѣ того) переходитъ въ сѣтевидное образованіе и въ нервную сѣть переднихъ роговъ спинного мозга (379).

Физіологическое значеніе пучковъ мозгового ствола:

Главная петля представляетъ собою проводникъ чувствительныхъ импульсовъ. Ея волокна являются продолженіемъ заднихъ столбовъ спинного мозга и волоконъ изъ боковыхъ столбовъ. Вѣроятно, что осязательныя и вообще слабыя раздраженія кожи передаются по тѣмъ волокнамъ петли, которыя являются продолженіемъ Голлевскихъ пучковъ, волокна петли, служащія продолженіемъ клиновидныхъ пучковъ, проводятъ мышечныя ощущенія, волокна же, служащія продолженіемъ боковыхъ столбовъ, проводятъ болевыя раздраженія. Волокна петли содержатъ въ себѣ проводники преимущественно для противоположной стороны тѣла (384).

Нижняя или боковая петля служитъ для проведенія слуховыхъ раздраженій.

Добавочные пучки петли служатъ центральными проводниками, связывающими ядра черепныхъ нервовъ съ мозговою корою (385).

Двигательные импульсы идутъ по пирамидному пути, отчасти также по петлевому слою (пучки для n. facialis) (см. выше стр. 569 и 571).

Независимо отъ пирамиднаго пути существуютъ и другіе пути для двигательной проводимости. Это очевидно выясняется изъ того факта, что атрофія пирамидныхъ волоконъ не вызываетъ полной утраты движенія, и чѣмъ ниже типъ животнаго, тѣмъ менѣе преобладающее значеніе пирамидъ. Слѣд. въ мозговомъ стволѣ находятся и другіе проводники движенія. Вѣроятно эта роль принадлежитъ продольнымъ волокнамъ сѣтевиднаго образованія, которое является непосредственнымъ продолженіемъ основныхъ пучковъ спинного мозга. Пучки эти перерождаются въ нисходящемъ направленіи.

Задній продольный пучекъ, объединяя ядра глазныхъ мышцъ съ клѣтками переднихъ роговъ спинного мозга, служитъ къ сочетанію движеній тѣла съ движеніями глазъ (389).

Проф. **И. А. Сикорскій.**

А. Ф. Эрлицкій. Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ. 421 стр. СПб. 1896 г.

Съ особеннымъ удовольствіемъ необходимо привѣтствовать обогащеніе русской психіатрической литературы появленіемъ въ свѣтъ цѣннаго труда д-ра Эрлицкаго, который давно пріобрѣлъ себѣ извѣстность опытнаго клинициста и хорошаго преподавателя.

Затрата времени и силъ ученаго на составленіе руководства составляетъ безспорно самый неблагодарный изъ всѣхъ научныхъ трудовъ: авторъ руководства по

предмету естествознанія всегда долженъ помнить, что трудъ его будетъ привлекать къ себѣ вниманіе читателей лишь въ извѣстный періодъ времени, такъ какъ естественныя науки, въ томъ числѣ и наука о болѣзненныхъ проявленіяхъ человѣческой души, въ послѣдніе годы развиваются гигантскими шагами, и вполнѣ возможно, что понятія наши въ этой области, которыя нынѣ являются точнымъ отраженіемъ состоянія современной науки, чрезъ нѣсколько лѣтъ будутъ имѣть лишь историческій интересъ. Поэтому съ большою благодарностью слѣдуетъ принимать трудъ ученаго, который рѣшился употребить свое время на составленіе руководства.

Хотя А. Ф. Эрлицкій далъ своему труду скромное названіе «клиническихъ лекцій», но авторъ представилъ здѣсь полное клиническое руководство по психіатріи, въ которомъ вообще придерживается строго систематическаго яснаго и удобопонятнаго изложенія.

Значительное мѣсто (186 стр.) въ своемъ руководствѣ авторъ посвящаетъ разъясненію вопросовъ общей психопатологіи. Въ этой части своего труда онъ даетъ опредѣленныя понятія по психофизикѣ и отчетливо описываетъ элементарныя душевныя разстройства (общую патологію). Слѣдуетъ отмѣтить почтенное стараніе автора всюду точно доказывать свои положенія какъ литературными справками, такъ и представленіемъ подтвержденій во взглядахъ другихъ ученыхъ, это значительно увеличиваетъ цѣнность сочиненія до тѣхъ, впрочемъ, поръ, пока усердіе автора соотвѣтствуетъ достоинству литературныхъ источниковъ; кажется страннымъ, что авторъ въ доказательство своего мнѣнія, что изслѣдованія процессовъ обмѣна веществъ у душевнобольныхъ не привели къ важнымъ клиническимъ результатамъ, въ большой цитатѣ, почти на цѣлой страницѣ (119 стр.) приводитъ отличающееся «полной туманностью заключеніе» изъ работы проф. Щербака по упомянутому вопросу. Если въ цитатѣ Щербака «понятно только начало, составляющее повтореніе того, что въ числѣ другихъ сказалъ (гораздо раньше) Mairet», то автору руководства слѣдовало бы ограничиться лишь началомъ цитаты, а не сбивать читателя севершенно непонятными и туманными разсужденіями, цитируемаго имъ ученаго.

Слишкомъ много мѣста авторъ отводитъ изложенію классификаціи душевныхъ болѣзней. Этотъ отдѣлъ у него приведенъ даже съ отдаленными историческими справками, и все это оказывается излишнимъ, такъ какъ авторъ всюду находитъ недостатки, совершенно вѣрно замѣчая, что «классификація душевныхъ болѣзней подлежитъ постояннымъ измѣненіямъ такъ же, какъ наука о душевныхъ болѣзняхъ постоянному прогрессу». Д-ръ Эрлицкій въ дѣленіи душевныхъ болѣзней придерживается классификаціи Krafft-Ebing'а съ нѣкоторыми видоизмѣненіями, изъ которыхъ главнѣйшее заключается въ томъ, что д-ръ Эрлицкій всѣ формы этихъ болѣзней раздѣляетъ на 2 класса: психическія заболѣванія взрослыхъ и состояніе ненормальной психической дѣятельности у дѣтей.

Нельзя не признать, что въ такомъ раздѣленіи психозовъ выражается нѣкоторая формальность взглядовъ автора на классификаціонную систему, основывающуюся на возрастѣ больныхъ. Отступленіе въ этомъ случаѣ отъ понятій опытнѣйшаго психіатра Krafft-Ebing'а выразилось въ излишней формальности автора, которому о психическомъ заболѣваніи дѣтей пришлось сказать всего лишь въ 10-ти строкахъ и сейчасъ же перейти къ описанію состояній психическаго недоразвитія, т. е. пойти по слѣдамъ того же Krafft-Ebing'а. При этомъ авторъ старается убѣдить читателей, что въ жизни наблюдаются лишь случаи психическаго недоразвитія (врожденнаго), между тѣмъ высокій авторитетъ упомянутаго нѣмецкаго клинициста допускаетъ также существованіе самостоятельной формы нравственнаго помѣшательства (пріобрѣтеннаго) (стр. 73, 867 учебн. псих. 1890 г.), и кажется, этотъ вопросъ не можетъ быть такъ легко рѣшенъ простымъ отрицаніемъ этого со стороны автора.

Жаль, что д-ръ Эрлицкій не объясняетъ, почему онъ пользуется терминомъ «мрачное помѣшательство» и употребляетъ это слово радомъ съ названіемъ меланхолія. Несомнѣнно, что это нѣсколько спутываетъ читателя, который подъ названіемъ «мрачное помѣшательство», можетъ быть, понимаетъ тотъ симптомокомплексъ, который такъ прекрасно описанъ С. С. Корсаковымъ въ его учебникѣ на стр. 408—412.

Во всякомъ случаѣ въ трудѣ д-ра Эрлицкаго необходимо привѣтствовать появленіе хорошаго руководства для студентовъ и врачей, которые желаютъ изучать психическія заболѣванія въ практическомъ отношеніи; авторъ рѣзкими чертами рисуетъ многія клиническія формы и, обладая большимъ клиническимъ опытомъ, нерѣдко поясняетъ нѣкоторыя картины болѣзни яркими примѣрами изъ собственныхъ наблюденій.

Отъ души желаемъ полнаго успѣха книгѣ автора и надѣемся, что онъ не посѣтуетъ за нѣкоторыя наши возраженія, памятуя прекрасныя слова русскаго баснописца «таланты истинны за критику не злятся».

Пав. Нечай.

Вл. Сербскій. Судебная психопатологія. В. I. Законодательство о душевно-больныхъ. 224 стр. Москва 1896 г.

Сочиненіе пріобрѣвшаго себѣ извѣстность въ русской психіатрической литературѣ автора заслуживаетъ большого вниманія читателей, какъ систематическое руководство по тому отдѣлу судебной психіатріи, который касается законодательствъ о душевно-больныхъ.

Въ предлагаемой книгѣ авторъ очень обстоятельно излагаетъ законодательства не только Россіи, но и другихъ государствъ. Трудъ автора распадается на 4 отдѣла, въ которыхъ онъ подробно разсматриваетъ терминологію душевныхъ болѣзней, широко излагаетъ какъ уголовную отвѣтственность душевно-больныхъ, такъ и гражданскую ихъ правоспособность и заканчиваетъ обзоромъ законодательствъ, касающихся призрѣнія психическихъ больныхъ.

Изложеніе предмета всюду ясное, хорошо обоснованное и тѣмъ болѣе интересное, что авторъ касается разсмотрѣнія новѣйшихъ данныхъ по этому вопросу, какъ напр. новаго проекта уложенія о наказаніяхъ, который составленъ редакціонною коммиссіею, образованною при Министерствѣ Юстиціи подъ предсѣдательствомъ сенатора О. Фриша.

Книга В. П. Сербскаго тѣмъ болѣе цѣннымъ вкладомъ является въ нашей спеціальной литературѣ, что другой подобной на русскомъ языкѣ не существуетъ. Отъ души желаемъ многоуважаемому автору трудиться въ этомъ направленіи.

Пав. Нечай.

ОТДѢЛЪ V.

Хроника.

I. Винницкая Окружная Лѣчебница *).

Въ 1889 году, по совѣщанію Кіевскаго, Подольскаго и Волынскаго генералъ-губернатора графа А. П. Игнатьева съ Директоромъ медицинскаго департамента Л. Ѳ. Рагозинымъ, найдено было цѣлесообразнымъ устроить для всего юго-западнаго края одинъ окружной домъ для умалишенныхъ на 600 кроватей, по плану Казанской Окружной Лѣчебницы, въ одномъ изъ городовъ, соединяющихъ Житомиръ съ Кишеневомъ. 16 Іюня 1890 года при медицинскомъ департаментѣ, подъ предсѣдательствомъ Директора Департамента Л. Ѳ. Рагозина, при участіи профессора университета св. Владиміра Сикорскаго, гражданскаго инженера коллежскаго асессора Пруссака и завѣдующаго особымъ дѣлопроизводствомъ при медицинскомъ департаментѣ, надворнаго совѣтника Трубачева состоялось особое совѣщаніе, которое признало необходимымъ проектировать одинъ для всего юго-западнаго края окружной домъ, съ предназначеніемъ его главнымъ образомъ для хроническихъ больныхъ, въ виду чего существующія въ настоящее время мѣстныя психіатрическія отдѣленія должны быть сохранены для острыхъ больныхъ на 20—30 кроватей. Для будущей центральной лѣчебницы необходимо пріобрѣсти не менѣе 50—60 десятинъ; лѣчебница должна быть разсчитана на 700 человѣкъ (420 м. и 280 ж.) по слѣдующему приблизительному расчету:

	Мужч.	Женщ.
Спокойныхъ	200 (47 %)	110 (40 %)
Безпокойныхъ и испытуемыхъ	120 (28 %)	110 (39 %)
Трудныхъ и неопрятныхъ	60 (14 %)	10 (3,5 %)
Буйныхъ	30 (7 %)	40 (14 %)
Соматическихъ	10 (0,2 %)	10 (3,5 %)

Для каждой категоріи больныхъ должны быть устроены помѣщенія 1-го и 2-го классовъ.

	I классъ.		II классъ.	
	Мужч.	Женщ.	Мужч.	Женщ.
Спокойныхъ	40	20	160	90
Безпокойныхъ	30	20	90	90
Трудныхъ	30	2	30	8
Буйныхъ	15	20	15	20

Для скораго и цѣлесообразнаго хода дѣлъ совѣщаніе признало необходимымъ озаботиться выработкой плана будущей лѣчебницы въ министерствѣ по указаніямъ,

---

*) Заимствовано изъ статьи д-ра Останкова. (Обозр. Психіатр. 1896—№ 6 и 8).

преподаннымъ г. Директоромъ департамента Л. Ѳ. Рагозинымъ и проф. Сикорскимъ, поручивъ подробную разработку плана г. Пруссаку, препроводивъ также на разсмотрѣніе его сіятельства графа А. П. Игнатьева. Мѣстная комиссія по осмотру удобной мѣстности для будущей лѣчебницы, состоящая изъ окружнаго инженера юго-западнаго округа д. с. с. Долинскаго и проф. Унив. св. Влад. Сикорскаго и Павловскаго, нашла самымъ удобнымъ для постройки окружной лѣчебницы въ г. Винницѣ, мѣстность «за садками», и «малые Винницкіе хутора», которую покойный Н. И. Пироговъ находилъ самою здоровою мѣстностью изъ окрестностей г. Винницы. Бактеріологическое изслѣдованіе воды р. Буга, произведенное проф. А. Д. Павловскимъ, показало, что р. Бугъ одна изъ самыхъ чистыхъ рѣкъ Европы, и вода ея вполнѣ годна для питья. 5 Іюля 1891 г. послѣдовало Высочайшее соизволеніе на отпускъ суммъ для пріобрѣтенія городской земли близъ г. Винницы, затѣмъ была пріобрѣтена усадьба за 28,000 р. Усадьба содержала въ себѣ 40 десятинъ 1270 кв. саж. пахотной земли, 12 десятинъ сѣнокоса, 7 десятинъ каменнаго косогора, а всего 60 десятинъ 1570 саж.; продана была земля городомъ по 480 р. за десятину. 9 Іюля 1892 г. былъ Высочайше учрежденъ особый строительный комитетъ. На устройство окружной лѣчебницы въ Винницѣ было ассигновано 720,000 рублей съ отнесеніемъ половины этой суммы на земскіе сборы Кіевской, Подольской и Волынской губерній, въ равной части на каждую. Былъ образованъ также особый строительный фондъ на сооруженіе Винницкой Лѣчебницы, проценты съ котораго могли бы служить для покрытія непредвидѣнныхъ расходовъ по постройкѣ. 19 Октября 1892 года было приступлено къ подготовительнымъ работамъ. Инженеръ Островскій энергично принялся за осуществленіе плановъ министерства, но, къ сожалѣнію, въ Ноябрѣ захворалъ отъ страшно напряженной умственной дѣятельности прогрессивнымъ параличемъ, и умеръ 19 Октября 1893 года. На его мѣсто былъ назначенъ строителемъ инженеръ Кривцовъ. 19 Сентября 1893 года состоялось торжество закладки Винницкой Лѣчебницы. Къ ранѣе купленному участку земли было прикуплено затѣмъ еще 6 десятинъ, въ общемъ для пріобрѣтенія земельнаго участка израсходовано было 31,000 рублей. Постройка Винницкой Лѣчебницы велась при самомъ живомъ участіи Директора медицинскаго департамента Л. Ѳ. Рагозина, на мѣсто постройки кромѣ директора департамента были командированы также въ различное время Директоръ Казанской Окружной Лѣчебницы В. П. Кузнецовъ и Директоръ больницы св. Пантелеймона на Удѣльной Н. Н. Баженовъ. Въ Декабрѣ 1894 г. особая комиссія, состоящая изъ Директора медицинскаго департамента Л. Ѳ. Рагозина, члена медицинскаго совѣта при министерствѣ внутреннихъ дѣлъ, проф. Военно-Медицинской Академіи В. М. Бехтерева, инженера-строителя Кривцова, Директора Казанской окружной лѣчебницы В. П. Кузнецова и д-ра Н. Н. Баженова, обсуждала вопросы, касающіеся устройства Винницкой лѣчебницы.

Винницкая Лѣчебница построена по корпусной системѣ, но по существу систему ея постройки можно разсматривать, какъ павильонную, павильоны которой непосредственно переходятъ одинъ въ другой безъ промежуточныхъ коридоровъ и теплыхъ галлерей. Всѣ отдѣленія лѣчебницы соединены въ одно зданіе. Эта система представляетъ, кромѣ выгодъ экономическихъ, большія удобства въ надзорѣ за больными и низшими служащими со стороны директора и врачебнаго персонала, она облегчаетъ перемѣщеніе больныхъ изъ одного отдѣленія въ другое, облегчаетъ пользованіе мастерскими, устраиваемыми обыкновенно въ спокойномъ помѣщеніи 2-го класса, облегчаетъ пользованіе гидротерапевтическими приспособленіями. Возможность устройства центральной системы отопленія удешевляетъ стоимость постройки. Система эта также облегчаетъ обходъ дежурнаго врача по отдѣленію. Корпуса врачей непосредственно соединены съ Лѣчебницей, буйныя отдѣленія значительно удалены отъ нихъ. Сома-

тическіе, буйные и трудные больные помѣщаются въ одноэтажныхъ частяхъ зданія. Въ подвалѣ зданія устроены коридоры, гдѣ положены рельсы: по нимъ имѣется въ виду развозка кушанья къ особымъ подъемнымъ машинамъ, сообщаемымъ съ буфетами отдѣленій. Изъ отдѣленій также устроены особые люки для сбрасыванія грязнаго бѣлья въ подвальный этажъ. Такимъ образомъ, грязное бѣлье по прямой дорогѣ достигаетъ мѣста уборки.

Отопленіе устроено пневматическое, калориферное при посредствѣ кирпичныхъ и трубчато-гончарныхъ калориферовъ системы Мороховецъ. Съ отопленіемъ стоитъ въ связи и вентиляція помѣщеній и увлажненіе, поступающаго въ помѣщеніе воздуха, помѣщенія для больныхъ будутъ отапливаться и вмѣстѣ съ тѣмъ вентилироваться введеніемъ свѣжаго воздуха и выведеніемъ испорченнаго. Освѣщеніе лѣчебницы электрическое. Устройство его обойдется въ 37,000 руб.

Водоснабженіе устроено при помощи парового насоса системы Неера.

Удаленіе нечистотъ устроено такимъ образомъ: нечистоты изъ ватерклозетовъ будутъ поступать въ сѣть гончарныхъ трубъ, отводящихъ ихъ въ особые удаленные отъ зданія сепараторы, изъ которыхъ жидкія, послѣ очистки въ фильтрахъ, будутъ спускаться въ оврагъ; густыя—вывозиться на поля и огородъ. Въ каждомъ отдѣленіи, кромѣ соматическаго, два помѣщенія,—дневное и ночное. Ночныя помѣщенія раздѣляютъ дневныя помѣщенія больныхъ разныхъ категорій. Разница между помѣщеніями 1-го и 2-го классовъ заключается въ томъ, что въ отдѣленіяхъ 1-го класса больше отдѣльныхъ комнатъ, общія палаты на меньшее число больныхъ и лучшая обстановка. Во всѣхъ отдѣленіяхъ, кромѣ зала для развлеченій больныхъ, потолки и стѣны совершенно гладки, безъ карнизовъ, съ поддугами, полы досчатые и цементные. Средняя часть зданія занята церковью, пріемными, канцеляріей, комнатой для изслѣдованія поступающихъ больныхъ, кабинетами врачей, библіотекой, аптекой, гидротерапевтическимъ отдѣленіемъ съ душемъ высокаго давленія и проч.

При окончаніи постройки Винницкой Лѣчебницы оказалось, что можно увеличить штатъ больныхъ съ 700 до 846 ч. безъ всякаго стѣсненія и ограниченія требуемаго гигіеной объема воздуха и пространства на каждаго изъ нихъ.

Изъ этого общаго числа больныхъ будетъ:

	Мужч.		Женщ.		Всего.	
	штат.	сверхштат.	штат.	сверхштат.	штат.	сверхштат.
I кл.	120	11	67	16	700	146
II кл.	300	95	213	24		

Штатъ лѣчебницы предполагается слѣдующій:

директоръ 1, старшихъ врачей 2, младшихъ врачей 2, палатныхъ врачей 5, управляющій аптекой 1, фельдшеровъ 6, фельдшерицъ 2, надзирателей 8, надзирательницъ 7, смотритель 1, священникъ 1, причетникъ 1, комиссаръ 1, дѣлопроизводитель 1, бухгалтеръ 1, кастелянша 1, механикъ 1. Стоимость постройки Винницкой Лѣчебницы вычисляется въ общемъ въ 809,000 р. Кончая свой очеркъ постройки Винницкой Лѣчебницы, авторъ высказываетъ пожеланіе, что вслѣдъ за ея открытіемъ въ ближайшемъ будущемъ также удачно осуществятся предположенія о постройкахъ центральныхъ лѣчебницъ въ другихъ мѣстностяхъ и такимъ образомъ эта система призрѣнія душевно-больныхъ получитъ свое дальнѣйшее развитіе.

II. Юго-Западное Общество Трезвости.

Во концѣ октября текущаго года открыло свою дѣятельность, утвержденное Правительствомъ *частное* общество трезвости подъ наименованіемъ: *Юго-Западное*

Общество трезвости. Въ первомъ Общемъ Собраніи предсѣдателемъ Общества избранъ проф. Университета св. Владиміра И. А. Сикорскій. Районъ, на который Общество распространяетъ свою дѣятельность, обнимаетъ Кіевскую, Подольскую и Волынскую губерніи. Уставъ Общества отличается нѣкоторыми особнностями отъ уставовъ другихъ обществъ: онъ не требуетъ отъ своихъ членовъ полнаго воздержанія отъ употребленія спиртныхъ напитковъ, но обязываетъ вести *правильную трудовую* жизнь и воздерживаться отъ неумѣреннаго употребленія спиртныхъ напитковъ и другихъ средствъ, вредно-дѣйствующихъ на физическое или психическое здоровье. Дѣятельность общества будетъ направлена на распространеніе здравыхъ понятій о пользѣ правильной трудовой жизни и о вредѣ всякаго рода неумѣренности.

Общество согласно своему уставу имѣетъ право устроить лѣчебницу для алкоголиковъ, которая будетъ находиться въ завѣдываніи профессора Унив. св. Владиміра по каѳедрѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ томъ случаѣ, если онъ состоитъ членомъ Общества.

Общество обратилось въ Кіевскую городскую думу съ ходатайствомъ объ отводѣ на пяти главныхъ базарныхъ площадяхъ Кіева мѣстъ подъ устройство теплыхъ павильоновъ для чайныхъ. Общественное городское управленіе отозвалось съ полнымъ сочувствіемъ на ходатайство Общества, и въ ближайшемъ будущемъ предполагается открытіе двухъ чайныхъ, гдѣ рабочее и неимущее населеніе города можетъ найти по самой умѣренной цѣнѣ въ тепломъ помѣщеніи чай и общедоступныя брошюры и книги религіозно-нравственнаго и гигіеническаго содержанія.

Дѣятельность вновь открытаго Общества встрѣчаетъ себѣ повсюду сочувствіе и живой откликъ.

III. Въ дополненіе къ замѣткѣ, помѣщенной на стр. 252 приводимъ перечень отдѣловъ каталога частной библіотеки проф. И. А. Сикорскаго:

I. Исторія и энциклопедія медицины. Медицинская Классическая Литература (до XVIII в. включит.).

II. Философія.

a) Философія, b) Философія Естествознанія, c) Антропологія.

III. Психологія.

a) Психологія, b) Сравнительная психологія, c) Біографія великихъ людей. d) Спиритизмъ.

IV. Педагогическій отдѣлъ.

a) Воспитаніе и образованіе, b) Школа и школьная гигіена, c) Справочная часть и дѣтскія книги, d) Воспитаніе больныхъ и испорченныхъ дѣтей.

V. Анатомія, физіологія и общая патологія нервной системы.

a) Анатомія нервной системы, b) Физіологія нервной системы, c) Общая патологія нервной системы.

VI. Нервныя болѣзни.

a) Нервныя болѣзни вообще, b) Электротерапія, c) Болѣзни рѣчя (физіологія и патологія рѣчи).

VII. Психіатрія.

a) Психіатрія, b) Алкоголизмъ и наркотизмъ, c) Идіотизмъ, d) Самоубійство, e) Преступленіе. Судебная психологія, f) Нервно-психическая гигіена, g) Психопатическая литература.

VIII. Періодическія изданія по неврологіи.

IX. Книги и періодич. изданія общаго медиц. содержанія.

a) Анатомія, b) Физіологія, c) Общая патологія, d) Фармакологія, e) Гигіена, f) Частная патологія и терепія, g) Періодическія изданія общемедицинскаго содержанія.

X. Лексиконы. Грамматики.

XI. Естествознаніе.

a) Физика, b) Химія, c) Зоологія, батаника и проч. d) Фотографія.

XII. Статистика.

a) Статистика общая, b) Статистика медицинская.

XIII. Библіографія. Каталоги. Справочныя книги.

XIV. Книги литературнаго содержанія.

a) Книги научно-литературнаго содержанія, b) Книги литературнаго содержанія.

XV. Художественныя изданія.

Указатель именъ авторовъ.

Указатель предметовъ.

Списокъ книгъ, поступившихъ въ редакцію:

А. Н. Бабаевъ. Случай наслѣдственной спазмодической спинной сухотки въ связи съ истерическими формами той же болѣзни. Отд. отт. изъ протокола Имп. Кавказ. Мед. общ. № 16, 1895 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* О феноменѣ колѣнной чашки, какъ разпознавательномъ признакѣ нервныхъ болѣзней, и о другихъ сродныхъ явленіяхъ. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 3, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Къ вопросу о соотношеніи другъ съ другомъ клѣтокъ центральной нервной системы. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 3, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* О сифилитическомъ разсѣянномъ черепно-спинномъ склерозѣ (Sclerosis cerebrospinalis disseminata syphilitica). Изъ «Обозрѣнія психіатріи» №№ 4, 5 и 6, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Объ ядрахъ глазодвигательныхъ нервовъ (n. oculomotorii, abducentis и trochlearis) и о связи ихъ другъ съ другомъ. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 7, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* О вторичномъ перерожденіи нисходящаго пучка передней ножки мозжечка, центральнаго пучка покрышки и пеплевого слоя. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 8, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* О центрахъ мочевого пузыря. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 8, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Автоматизмъ, какъ одно изъ проявленій мозгового сифилиса. Изъ »Обозрѣнія психіатріи» № 9, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Нѣсколько словъ по вопросу объ отношеніи сосудовъ межпозвоночныхъ узловъ къ содержащимся въ нихъ нервнымъ клѣткамъ. Отд. отт. изъ «Невролог. Вѣстн.» т. IV, вып. 2, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Тяжкая пляска (chorea gravis). Отд. отт. изъ «Невролог. Вѣстн.» т. IV, вып. 3, 1896 г.

А. Н. Бернштейнъ. О постельномъ содержаніи, въ примѣненіи лѣченію душевно-больныхъ. Отд. отт. изъ «Врача» № 27, 1896 г.

Б. И. Воротынскій. Къ казуистикѣ опухолей Вароліева моста. Изъ журн. «Невролог. Вѣст.» т. IV вып. 2, 1896 г.

Ф. Х. Гадзяцкій. Случай излѣченія истеро-эпилептическихъ припадковъ внушеніемъ на яву. Огд. отт. изъ Проток. Имп. Кавк. Мед общ. № 21, 1896 г.

Ф. Х. Гадзяцкій. Изъ отчета по психіатрическому отдѣленію Тифлисскаго военнаго госпиталя за 1894—1895 г. Отд. отт. изъ «Военно-Мед. журн.» VIII, 1896 г.

Н. И. Григорьевъ. Что можетъ сдѣлать С.-Петербургское земство для борьбы съ пьянствомъ въ своей губерніи. Отд. отт. изъ «Журн. Русск. Общ. охр. нар. здр.» 1896 г.

В. Ф. Чижъ. Интеллектуальныя чувствованія у душевно-больныхъ. Отд. отт. изъ «Невролог. Вѣстн.» т. IV, вып. 1 1896 г.

Проф. *В. Ф. Чижъ.* Эпилепсія вслѣдствіе coitus interruptus.

Н. В. Краинскій. Къ ученію о патологіи эпилепсіи. Вып. II. Харьковъ, 1896 г. 51 стр.

Д-ръ *Ѳ. К. Телятникъ.* О зрительной иллюзіи Müller Lyer'a у дѣтей и взрослыхъ. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» №№ 4 и 5, 1896 г.

Д-ръ *Ѳ. К. Телятникъ.* О частичныхъ зрительныхъ иллюзіяхъ Müller-Lyer'a. Отд. отт. изъ «Невролог. Вѣстн.» т. IV вып. 2, 1896 г.

— Медицинскій отчегъ по городской психіатрической имени Н. А. Алексѣева больницѣ за 1895 г.

Д-ръ *П. А. Останковъ.* Винницкая окружная лѣчебница. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» №№ 6 и 8, 1896 г.

Д-ръ *М. С. Добротворскій.* Кровяныя опухоли въ наростающемъ параличѣ помѣшанныхъ. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 3, 1896 г.

Д-ръ *М. С. Добротворскій.* О послѣдовательности вторичныхъ перерожденій въ пучкахъ спинного мозга вслѣдъ за нарушеніемъ его цѣлости. Изъ «Обозр. псих.» № 8, 1896 г.

Dr. *L. Finkelstein.* Ueber optische Phänomene bei elektrischer Reizung des Sehapparates. Sond. Abdr. aus d. Arch. f. Psychiatrie Bd. XXVI, H. 3.

Dr *L. Finkelstein.* Dementia acuta in Folge von Gaz pauvre—Vergiftung. Sep abdr. aus «Iahrbücher f. Psychiatrie» XV Bd. H. 1.

Д-ръ мед. *Л. О. Финкельштейнъ.* Случай остраго слабоумія при отравленіи gaz pauvre. Архивъ психіатріи т. 26, кн. 1.

Д-ръ мед. *Л. О. Финкельштейнъ.* Два случая folie par transformation (folie en commun). Вѣстникъ психіатріи г. XI, вып. 2.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* О болѣзненныхъ ощущеніяхъ и соощущеніяхъ душевно-больныхъ. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» №№ 1 и 2 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Значеніе эпителіальныхъ приборовъ чувствующихъ нервовъ въ отношеніи качественнаго различія воспринимаемыхъ ощущеній. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 2, 1896 г,

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Теорія соприкосновенія (Contact—Theorie) и ученіе о разрядахъ нервной энергіи, какъ условіи проведенія нервнаго возбужденія Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 1, 1896 г.

Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Ученіе о нервныхъ единицахъ (neuron) и соотношеніи ихъ другъ съ другомъ. Изъ «Обозрѣнія психіатріи».

Д-ръ *Б. И. Воротынскій.* О началѣ и послѣдовательности развитія вторичныхъ перерожденій отдѣльныхъ системъ въ спинномъ мозгу собакъ. Изъ «Обозрѣнія психіатріи» № 8, 1896 г.

В. Н. Ергольскій. О судебно-психіатрической экспертизѣ въ сектантскихъ дѣлахъ. Изъ «Вѣстн. Общ. Гигіены и Суд. Мед.» 1896 года. Май.

— Отчетъ Кіевскаго Общества земледѣльческихъ колоній и ремесленныхъ пріютовъ за 1895 г. Кіевъ 1896 г.

П. Я. Свѣтловъ проф. Излѣченіе психическимъ вліяніемъ и чудесныя исцѣленія, СПб. 1896 г.

А. И. Ющенко. Къ вопросу о строеніи симпатическихъ узловъ у млекопитающихся и челов. Варшава 1896 г.

И. Г. Оршанскій проф. Механизмъ нервныхъ процесовъ. Законъ сохраненія энергіи въ сферѣ нервныхъ и психическихъ явленій. Отт. изъ Извѣстій Имп. Акад. Наукъ. Спб. 1896 г.

